This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Acerca de este libro

Esta es una copia digital de un libro que, durante generaciones, se ha conservado en las estanterías de una biblioteca, hasta que Google ha decidido escanearlo como parte de un proyecto que pretende que sea posible descubrir en línea libros de todo el mundo.

Ha sobrevivido tantos años como para que los derechos de autor hayan expirado y el libro pase a ser de dominio público. El que un libro sea de dominio público significa que nunca ha estado protegido por derechos de autor, o bien que el período legal de estos derechos ya ha expirado. Es posible que una misma obra sea de dominio público en unos países y, sin embargo, no lo sea en otros. Los libros de dominio público son nuestras puertas hacia el pasado, suponen un patrimonio histórico, cultural y de conocimientos que, a menudo, resulta difícil de descubrir.

Todas las anotaciones, marcas y otras señales en los márgenes que estén presentes en el volumen original aparecerán también en este archivo como testimonio del largo viaje que el libro ha recorrido desde el editor hasta la biblioteca y, finalmente, hasta usted.

Normas de uso

Google se enorgullece de poder colaborar con distintas bibliotecas para digitalizar los materiales de dominio público a fin de hacerlos accesibles a todo el mundo. Los libros de dominio público son patrimonio de todos, nosotros somos sus humildes guardianes. No obstante, se trata de un trabajo caro. Por este motivo, y para poder ofrecer este recurso, hemos tomado medidas para evitar que se produzca un abuso por parte de terceros con fines comerciales, y hemos incluido restricciones técnicas sobre las solicitudes automatizadas.

Asimismo, le pedimos que:

+ *Haga un uso exclusivamente no comercial de estos archivos* Hemos diseñado la Búsqueda de libros de Google para el uso de particulares; como tal, le pedimos que utilice estos archivos con fines personales, y no comerciales.

+ *No envíe solicitudes automatizadas* Por favor, no envíe solicitudes automatizadas de ningún tipo al sistema de Google. Si está llevando a cabo una investigación sobre traducción automática, reconocimiento óptico de caracteres u otros campos para los que resulte útil disfrutar de acceso a una gran cantidad de texto, por favor, envíenos un mensaje. Fomentamos el uso de materiales de dominio público con estos propósitos y seguro que podremos ayudarle.

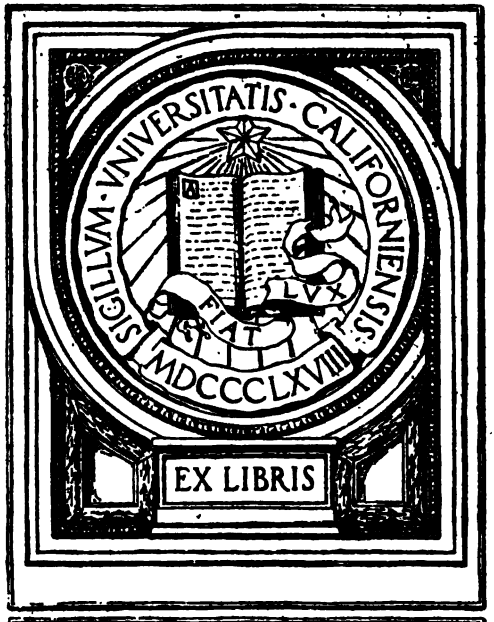
+ *Conserve la atribución* La filigrana de Google que verá en todos los archivos es fundamental para informar a los usuarios sobre este proyecto y ayudarles a encontrar materiales adicionales en la Búsqueda de libros de Google. Por favor, no la elimine.

+ *Manténgase siempre dentro de la legalidad* Sea cual sea el uso que haga de estos materiales, recuerde que es responsable de asegurarse de que todo lo que hace es legal. No dé por sentado que, por el hecho de que una obra se considere de dominio público para los usuarios de los Estados Unidos, lo será también para los usuarios de otros países. La legislación sobre derechos de autor varía de un país a otro, y no podemos facilitar información sobre si está permitido un uso específico de algún libro. Por favor, no suponga que la aparición de un libro en nuestro programa significa que se puede utilizar de igual manera en todo el mundo. La responsabilidad ante la infracción de los derechos de autor puede ser muy grave.

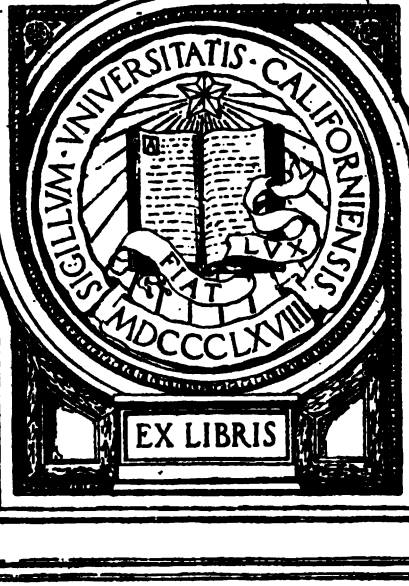
Acerca de la Búsqueda de libros de Google

El objetivo de Google consiste en organizar información procedente de todo el mundo y hacerla accesible y útil de forma universal. El programa de Búsqueda de libros de Google ayuda a los lectores a descubrir los libros de todo el mundo a la vez que ayuda a autores y editores a llegar a nuevas audiencias. Podrá realizar búsquedas en el texto completo de este libro en la web, en la página `http://books.google.com`

GIFT OF
J.C.CEBRIAN



GIFT OF
J.C.CEBRIAN



REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PUBLISHED IN SPAIN

UNIV. OF CALIFORNIA

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1880)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LXX

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Garcilaso, 6 y Carretas, 8.

1906

UNIV. OF
CALIFORNIA

R71
R4
v.70-71

Gift of J. C. Cebrian

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ESTUDIO COMPARATIVO

DE LAS

PROPIEDADES FISIOLÓGICAS Y TERAPÉUTICAS

DE LOS MEDICAMENTOS TONICOCARDIACOS MAS USUALES

Memoria presentada á la Sociedad de Terapéutica de Londres

POR EL

DR. PH. HAUSER

Considerando que las enfermedades del aparato de la circulación son debidas unas veces á una alteración nutritiva de los tejidos, otras veces á un trastorno funcional del corazón ó de las arterias, y otras á una deficiencia de la inervación del corazón y de los vasos sanguíneos, los medicamentos llamados á restablecer el equilibrio circulatorio tienen forzosamente que poseer la propiedad de ejercer una influencia, sea en la contractilidad de las fibras del miocardio y de las arterias ó sea en el centro del sistema nervioso, es decir, en los puntos de emergencia de los nervios neumogástrico y simpático. Por consiguiente, cualquier droga que obra sobre el corazón, sea acelerando ó sea retardando sus movimientos, puede calificarse de medicamento tónico cardíaco.

Antiguamente la materia médica había admitido sólo un medicamento único, considerado como eficaz contra cualquier clase de enfermedad del corazón, tanto orgánica como funcional: éste era la digital. No obstante, fué sólo en 1788 cuando ésta obtuvo la honra de ocupar el lugar merecido en el *Tratado inglés de drogas.*

Gracias á los esfuerzos de dos célebres médicos ingleses, Withering y Cullen, las propiedades notables de la digital como regulador de la circulación perturbada y como diurético en enfermedades hi-

33816

drópicas, fueron reconocidas de una manera definitiva. Sin embargo, todas las investigaciones proseguidas sobre esta materia han sido puramente de índole clínica. En efecto, la cuestión no ha salido del terreno empírico hasta Traube, quien fué el primero en estudiar los efectos fisiológicos de este medicamento por el método experimental en los animales. Sus trabajos, basados sobre numerosos experimentos, le permitieron llegar á la conclusión de que la digital obra principalmente sobre el origen bulbar del neumogástrico en el sentido de que, estimulándolo, modera y regulariza el movimiento del corazón. No obstante, la opinión de Traube encontró muchos contradictores entre los fisiólogos. Vulpian y Sanders se inclinaron más en favor de la acción directa de la digital sobre el miocardio. Hubo otros fisiólogos, como Legroux, que pretendieron que la acción estimulante de la digital quedaba limitada á las arteriolas y á los capilares, cuyas fibras musculares, al contraerse y estrecharse aumentan la tensión arterial y refuerzan las contracciones del miocardio. Sir Lauder Brunton, opuesto á la opinión exclusiva de los mencionados fisiólogos, admite una acción combinada de la digital, tanto sobre las fibras musculares del corazón y de las arterias como sobre las fibras nerviosas contenidas en el corazón y en las arterias mismas, ejerciendo al mismo tiempo una acción sobre los centros nerviosos en la médula oblongada y en la médula espinal.

El hecho solo de la divergencia de opiniones entre los fisiólogos prueba que los resultados de sus experimentos sobre animales, en los cuales habían basado su opinión, eran contradictorios, y en vez de aclarar el problema, contribuyeron á hacerlo aún más obscuro.

El Dr. Huchard, en su estudio sobre la digital, ha dado una explicación muy plausible de la esterilidad de todos los experimentos sobre animales con este medicamento. Dice:

1.° La acción de la digital difiere en cada especie de animal. Así sucede que, bajo su influencia, el corazón se paraliza en completo sístole en animales de sangre fría, mientras que se paraliza en diástole en animales de sangre caliente. Por otra parte, las aves son refractarias á la acción de esta droga, y aplicada á perros la digital, no hace más lentos los movimientos del corazón; administrada á los caballos y las vacas, aun en dosis tóxicas, en vez de disminuir, aumenta el número de pulsaciones; también aplicada á las ranas produce en seguida la disminución de pulsaciones, mientras que en los conejos provoca primero la aceleración, y algún tiempo después la disminución del pulso.

2.° En cuanto á su acción sobre el hombre, no es permitido juzgar de sus efectos en un hombre sano para su aplicación á un enfermo. Tampoco se puede juzgar de sus efectos en un sujeto cardiopático en los comienzos de la enfermedad, para su administración á otro enfermo en el período asistólico. Por otra parte, vemos sujetos alcoholizados tolerar sin ningún inconveniente grandes dosis de digital, mientras que enfermos de avanzada edad afectados de arterioesclerosis ó de ateroma soportan muy mal aun pequeñas dosis de digital. Aun entre los individuos cardiopáticos hay que distinguir aquellos que sufren una insuficiencia mitral y los que padecen una insuficiencia aórtica, pues los primeros obtendrán gran beneficio de su aplicación, mientras que los últimos saldrán perjudicados todo el tiempo que las válvulas mitrales se hallen intactas.

Los argumentos del Dr. Huchard son muy convincentes y no admiten discusión. Por lo tanto, tenemos que reconocer que sólo las observaciones clínicas en individuos cardiopáticos nos han conducido al verdadero conocimiento de la acción fisiológica de la digital en las distintas formas y tipos de la patología cardíaca. Ellas son las que nos han enseñado:

1.° Que la digital hace más lentos, regulariza y refuerza, los movimientos sistólicos.

2.° Que aumenta la contractilidad de las fibras musculares del corazón y la de las arteriolas, estrecha los capilares, hace más intensa la tensión arterial y aumenta la presión de la sangre.

3.° Que restablece el equilibrio entre la circulación central y la periférica, y por lo tanto, ejerce una acción diurética sobre los riñones en caso de un derrame seroso abundante en el tejido celular subcutáneo.

Queda todavía por saber cuál es el mecanismo de la acción diurética de la digital. ¿Es á consecuencia de sus efectos vasoconstrictores sobre las arterias renales y de la hipertensión consiguiente de todo el sistema arterial? En este caso debería suceder lo contrario, lo mismo que ocurre en los casos de una compresión ó ligadura incompleta de las arterias emulgentes. En efecto, la digital no es un verdadero diurético por sí mismo; posee esta propiedad sólo en determinadas condiciones, es decir, en casos de un derrame seroso en el tejido celular y en las cavidades serosas, y esto por razón de su acción constrictora sobre las arteriolas y los capilares, impidiendo la exosmosis y favoreciendo la endosmosis. Por otro lado, es sabido que el efecto diurético de la digital no se manifiesta durante la ele-

vación de la tensión arterial, pues los experimentos de Sir Lauder Brunton han demostrado que la diuresis ocurre precisamente en el momento que la vasodilatación sucede al período de la vasoconstricción, ó sea en el momento que se produce el efecto acumulativo de la digital, lo que ocurre generalmente al tercero ó cuarto día de su uso.

El Dr. Huchard atribuye el efecto diurético de la digital á su propiedad de alargar la diástole y reforzar la sístole, de lo que resulta el aumento de la velocidad de la corriente sanguínea, la cual, según el principio físico establecido por Dutrochet, facilita la absorción de los edemas y de toda clase de derrames, favoreciendo al mismo tiempo la secreción urinaria. De todos modos, todos los autores están de acuerdo en que el efecto diurético de la digital es debido principalmente á su acción cardiovascular.

Ahora bien, con el objeto de explicar satisfactoriamente la acción triple de la digital sobre el corazón, arterias y riñones, es forzoso admitir su influencia previa sobre los centros nerviosos, á saber, sobre los centros de los nervios neumogástrico y simpático, que son considerados uno como el moderador y el otro como el acelerador de los movimientos del corazón. Hay que añadir que el nervio neumogástrico estimulado por la acción de la digital, no sólo hace más intensa la contracción de las fibras musculares del corazón, sino que excita al mismo tiempo sus fibras elásticas, previendo de este modo que las contracciones del miocardio degeneren en tetánicas, y proveyendo al mismo tiempo á la distribución normal de la sangre en todos los capilares y tejidos.

ESTROFANTUS

Después de la digital, el estrofantus es el medicamento tónico cardíaco más importante, hallándose llamado á reemplazar á aquélla en muchas ocasiones con gran ventaja.

La planta fué introducida en Europa por Liwingston, quien la importó de Africa, donde es conocida entre los negros como un veneno para las flechas. Un médico de Edimburgo llamado Fraser fué el primero que hizo experimentos sobre animales con la tintura de la planta. Encontró que el estrofantus ejerce sobre el corazón la misma acción que la digital. Dada en pequeñas dosis, refuerza la sístole y disminuye las pulsaciones, mientras que en altas dosis paraliza el miocardio, haciéndole parar en sístole en estado de con-

tracción tetánica. Afirma, además, que en pequeñas dosis aumenta la presión sanguínea, da al pulso mayor amplitud, y al mismo tiempo activa la circulación renal, dando lugar á una abundante diuresis.

Algún tiempo después, nuevos experimentos fueron hechos por Germain Sée con el alcaloide del estrofantus, es decir, con la *estrofantina*. Observó que $^1/_{40}$ de un miligramo inyectado debajo de la piel de una rana, bastó para paralizar el corazón después de diez minutos en sístole. Los mismos experimentos repetidos después en perros y conejos, han producido un resultado análogo; pocos momentos después de la inyección, los latidos cardíacos han sido menos rápidos y más enérgicos y la presión sanguínea se elevó considerablemente. Además del efecto tónico producido sobre el corazón, la estrofantina ejerce una acción vasomotora directa, aumentando la tensión arterial. Germain Sée encontró también que la acción vasomotora de la estrofantina era debida á su influencia directa sobre los centros nerviosos. No obstante, otros fisiólogos y médicos, después de numerosos experimentos en animales y observaciones clínicas en el hombre con la estrofantina, llegaron á la conclusión de que ésta se halla muy lejos de disfrutar todas las propiedades del extracto y de la tintura del estrofantus. Aun tocante á éstos hay que recordar que existen más de veinte especies de estrofantus, y no todas son igualmente activas. Fraser se ha servido para sus experimentos del *strophantus hispidus*, conocido también con el nombre de *strophantus Kombé*.

Todos los médicos que han estudiado después el estrofantus con un fin terapéutico han seguido el ejemplo de Fraser, sirviéndose de la planta de la misma especie y usando, como él también, la tintura en proporción de 1 de la planta por 5 de alcohol. Después de gran número de ensayos, llegaron á la conclusión de que la acción terapéutica del estrofantus es casi idéntica á la de la digital, llevándola al mismo tiempo ciertas ventajas, pues no sólo tiene, como aquélla, la propiedad de regularizar el pulso y de aumentar la tensión arterial, de activar la diuresis y de hacer desaparecer la disnea y la hidropesía, obra al mismo tiempo con más rapidez que la digital y sus efectos son de mayor duración. Además, carece de acción acumulativa sobre el organismo, de modo que una dosis de 15 gotas diarias, puede prolongarse indefinidamente. Por último, su efecto diurético persiste mucho tiempo después de haber cesado su uso, aunque su acción sobre los riñones no es tan enérgica como la de la digital en casos de hidropesía.

Todos los cardiopatólogos que tenían ocasión de experimentar el estrofantus en gran escala, están de acuerdo que las contracciones cardíacas bajo su influencia se vuelven más intensas en las afecciones mitrales no suficientemente compensadas, y que calma también la disnea en la estrechez mitral.

El Dr. Barié afirma que, aun en la miocarditis crónica en que las fibras musculares han perdido una gran parte de su contractilidad, el estrofantus ejerce todavía una acción tónica y reguladora. En cambio, su utilidad es muy limitada en la nefritis crónica y en las enfermedades aórticas que van acompañadas de arterio-esclerosis, lo que prueba que obra más sobre el sistema nervioso que sobre el muscular. Su valor terapéutico se deja sentir particularmente cuando hay necesidad de suspender el uso de la digital, sea por causa de su acción acumulativa ó sea por intolerancia del estómago.

CONVALLARIA MAÏALIS

Esta planta, muy común en todos los países, conocida bajo el nombre de «lirio de los valles», fué usada como medicamento cardíaco por los médicos de los siglos XVII y XVIII, pero cayó después en desuso, hasta que dos médicos rusos, Troitzky y Botkin, habiendo tenido noticias de su frecuente aplicación entre los campesinos como medicamento diurético y cardíaco, la sometieron á investigaciones experimentales. Poco tiempo después, Germain Sée estudió su acción terapéutica sobre enfermos del corazón, y después de sus numerosas observaciones clínicas, declaró que tiene propiedades idénticas á las de la digital. Estudios experimentales hechos por algunos fisiólogos con esta planta algún tiempo después sobre perros, han confirmado la opinión de Germain Sée, á saber, que la convalaria á dosis moderada, hace más lentos y regulariza los movimientos del corazón, aumenta la presión sanguínea y amplifica los movimientos respiratorios; en dosis elevadas provoca una arritmia cardíaca y vómitos, después la presión sanguínea disminuye gradualmente, la respiración se hace más lenta y el corazón, exhausto, se paraliza en sístole.

Algún tiempo después, un gran número de médicos, basándose sobre numerosos ensayos y observaciones clínicas, confirmaron la acción tónicocardíaca de la convalaria, pero al mismo tiempo añadieron que esta acción es inconstante é irregular. Afirmaron además que el principio activo de la convalaria se encuentra en el tallo

y en la raíz, pero no en las hojas ni en las flores. La mejor forma de usarla es el extracto acuoso en la dosis de 1 á 2 gramos diarios. La *convallamarine* representa el alcaloide de la convalaria y es considerado como su principio activo.

Conforme á los resultados de numerosas observaciones clínicas publicadas por Germain Sée y otros médicos, la convalaria obra favorablemente en las palpitaciones producidas por trastornos del sistema nervioso, sea por excitación del nervio simpático ó sea por depresión del neumogástrico, lo que probaría que la convalaria ejerce principalmente su influencia en el sistema nervioso é indirectamente en el corazón, sobre la tensión arterial y sobre la presión sanguínea. Al mismo tiempo que levanta el pulso y regulariza las pulsaciones, produce una acción estimulante sobre los riñones, aumentando la diuresis, aunque no en el mismo grado que la digital.

En resumen : la convalaria puede usarse con ventaja en todos los trastornos cardíacos debidos, sea á la atonía del miocardio, ó sea á un agotamiento de éste producido por marchas forzadas ó por un ejercicio exagerado; pero nunca podrá reemplazar la digital en los momentos críticos de asistolia ocasionada por una enfermedad valvular ó por miocarditis.

ESPARTEÍNA

La esparteína es un tónico cardíaco muy enérgico; representa el alcaloide de *spartium scoparium*. Stenhouse, en el año 1851, aisló dos principios de la planta : uno llamado *escoparina*, que es una substancia de color amarillo y cristalizable, y otro, llamado *esparteína*, que es un líquido volátil, incoloro cuando es puro, de un sabor muy amargo y su olor recuerda el de la piridina, es más denso que el agua y muy poco soluble en ésta, mientras que se disuelve en en el alcohol, éter y cloroformo; se combina fácilmente con los ácidos para formar sales; el sulfato es el más estable y la única preparación empleada en medicina; cristaliza en forma de gruesos romboides de color verde pálido.

Tocante á la acción fisiológica de la esparteína, los primeros estudios experimentales fueron hechos en el año 1880 por Vulpian sobre ranas y perros; demostraron que la esparteína obra principalmente sobre el sistema nervioso central, de la misma manera que la cicutina, empezando por excitar la médula espinal y acabando por privarla de su excitabilidad refleja. Posteriormente, en 1885,

Laborde demostró la influencia de la esparteína en las funciones del corazón; sus experimentos, tanto sobre animales de sangre caliente como sobre los dé sangre fría, demostraron que la esparteína aumenta la energía de la sístole y hace más lentas al mismo tiempo que regulariza sus contracciones. En cambio no ejerce influencia alguna sobre la presión sanguínea. Según Laborde, la esparteína ejerce sobre el sistema nervioso central una acción análoga á la de la digital. Aunque basaba su opinión sólo en el resultado de numerosos experimentos sobre animales, Germain Sée, cuya experiencia relativa á la esparteína se fundaba principalmente en observaciones clínicas en sujetos cardiopáticos, confirmó la opinión de Laborde. Según la opinión de otros fisiólogos, la esparteína, administrada á los animales en dosis tóxicas, produce movimientos arrítmicos y disminuye la frecuencia y la amplitud de las contracciones del corazón hasta que llega á paralizarse por completo en diástole, lo contrario de lo que ocurre con la digital, la cual en dosis tóxica para el corazón en sístole. La esparteína difiere también de la digital respecto á su acción sobre los riñones; mientras que ésta constituye en ciertas ocasiones un diurético enérgico, aquélla no ejerce efecto alguno sobre la secreción urinaria, lo que probaría que no ejerce tampoco ninguna influencia en la tensión arterial ni en la tensión sanguínea. Por otra parte, los fisiólogos, lo mismo que los médicos, están de acuerdo en que la esparteína es no sólo un tónico cardíaco poderoso como la digital, en ciertas ocasiones tiene aún algunas ventajas sobre esta última: primero, por la rapidez de su acción; segundo, á causa de su gran solubilidad en agua y la facilidad que ofrece para inyecciones hipodérmicas, y finalmente, á causa de su eliminación fácil por la orina se puede prolongar su uso mucho tiempo sin detrimento para el organismo.

Merece también mencionarse que la esparteína, además de su acción tónica sobre el corazón, ejerce un efecto sedante sobre el sistema nervioso.

Ahora se impone la pregunta siguiente: ¿Por qué siendo la esparteína un tónico cardíaco activo, lo mismo que la digital, el estrofantus y la convalaria, y debiendo su acción, igual que éstos, á la influencia directa sobre el sistema nervioso central, no tiene, como sus similares, la propiedad de estimular á la vez la función secretoria de los riñones?

Para contestar satisfactoriamente á esta cuestión, bastará recordar la diferencia que existe entre la acción fisiológica de la espar-

teína y la de las otras tónicocardíacas sobre el sistema nervioso. Hemos visto en las páginas que anteceden que la digital, el estrofantus y la convalaria ejercen una acción estimulante, no sólo sobre los núcleos del neumogástrico, sino también sobre los ganglios del nervio simpático, á saber: sobre los centros vasomotores en la médula oblongada y en los ganglios renales periféricos, acelerando de este modo la circulación en los riñones, que reciben en un tiempo dado mayor cantidad de sangre, de lo que resulta la presión sanguínea en los glomérulos y un aumento de la diuresis. Por otra parte, los estudios experimentales han demostrado que la esparteína no influye sobre la presión sanguínea ni sobre la tensión arterial, quedando su acción limitada al miocardio, no extendiéndose á los centros vasomotores. Por consiguiente, las funciones renales quedan fuera de su esfera de acción.

CAFEÍNA

La cafeína es considerada hoy día en ciertos casos como un importantísimo tónico cardíaco, pero el mecanismo de su acción sobre el corazón es muy diferente del de la digital, pues mientras que ésta ejerce una acción directa sobre los centros nerviosos de la circulación y otra indirecta sobre la diuresis, aquélla ejerce una acción directa sobre los riñones y otra indirecta sobre el corazón.

La cafeína es, como su nombre indica, el alcaloide del café, y según su constitución química, pertenece á la serie de la xantina tres veces metilisada, ó sea trimetilxantina. Hé aquí su fórmula:

$$\text{Xantina} = C^5H^4.Az^4O^2$$
$$\text{Cafeína} = C^5H.(C.H^3.)Az^4O^2$$

En cuanto á la acción fisiológica de la cafeína, todo el mundo sabe que una infusión concentrada de café produce un efecto excitante sobre el organismo. En los últimos años, un gran número de hechos han demostrado que el café tiene también la propiedad de sostener la fuerza muscular, habiendo permitido á los soldados franceses é ingleses resistir los intensos rayos del sol africano durante marchas forzadas en el verano, así como los fríos intensos de rigoroso invierno á los soldados alemanes durante su campaña contra Dinamarca y Francia. Hace cerca de treinta y cinco años que se hicieron los primeros estudios experimentales con el objeto de conocer las propiedades fisiológicas de la cafeína. Los experimentos hechos

en animales, tanto ranas como mamíferos, han dado el mismo resultado, á saber: en pequeñas dosis, las inyecciones hipodérmicas produjeron una alteración de las fibras musculares estriadas, que se contrajeron hasta la mitad de su longitud; en grandes dosis, produjeron una rigidez muscular tetánica, lo que prueba que estas alteraciones eran debidas á la excitación de la médula espinal producida por la cafeína. En efecto, una inyección de una solución de cafeína sobre el nervio ciático de una rana, provoca una contracción tetánica del músculo gastrocnemius; pero basta cortar el nervio ciático entre el punto de la inyección y la médula espinal para que cese la contracción.

En cuanto á la acción de la cafeína sobre el corazón y las arterias, los experimentos hechos por German Sée sobre perros, á los que inyectó 3 centígramos por kilogramo de peso, demostraron que la presión sanguínea apenas se modifica.

Tocante á su influencia en el hombre, la mayor parte de los fisiólogos admiten que ejerce una acción estimulante sobre los centros vasomotores, produciendo una constricción de los vasos y elevando la tensión arterial. No obstante, German Sée pretende que después de haber inyectado la cafeína á un gran número de sus enfermos, encontró un descenso considerable de la presión sanguínea en la carótida, que daba lugar á una vasodilatación en el cerebro. Explicó estos hechos, aparentemente contradictorios, por el incremento de la actividad cerebral debido á la cafeína, lo que produjo una aceleración mayor de la corriente sanguínea y la dilatación de las arterias cerebrales. En efecto, la experiencia diaria nos enseña que la cafeína ejerce una influencia muy excitante en individuos de gran impresionabilidad nerviosa, predisponiéndolos á insomnios, lo que hablaría en favor de una vasodilatación.

Además de su acción indirecta sobre la circulación, la cafeína tiene, lo mismo que la digital, la propiedad de aumentar la secreción de la orina, con la diferencia de que la diuresis provocada por la digital es debida á la elevación de la tensión arterial, mientras que la producida por la cafeína se debe á la excitación directa del epitelio de los glomérulos. En prueba de ello, basta recordar los experimentos interesantísimos de Schrœder (*Archiv für exper. pathol.*, 1886) sobre conejos, á los cuales una inyección de cafeína produjo en seguida una abundante diuresis, pero después inyectó una dosis de cloral con objeto de suprimir la presión sanguínea; en efecto, logró rebajarla hasta 200 milímetros en el manómetro. No obstante,

la secreción de la orina no sólo no disminuyó, sino que haciendo el análisis químico de la orina eliminada en veinticuatro horas, encontró que contenía gran cantidad de urea y elementos sólidos, lo que prueba de un modo incontestable que el efecto diurético producido por la cafeína es independiente de la influencia del sistema nervioso, siendo sólo debido al estímulo celular de los glomérulos.

En resumen, la cafeína ejerce una acción triple sobre el organismo humano: *primero*, tiene un efecto excitante sobre la substancia encefálica; *segundo*, produce una vasoconstricción sobre las arteriolas; *tercero*, aumenta la secreción urinaria. A primera vista, parece natural que la vasoconstricción debe ejercer una acción inhibitoria sobre la secreción de la orina. En efecto, sucede cuando se añade á la cafeína una pequeña dosis de un medicamento vasodilatador, tal como el yoduro de potasio ó de sodio, ó un medicamento narcótico, por ejemplo, el cloral ó el paraldehído, que la diuresis aumenta al mismo tiempo que la vasoconstricción disminuye. Este objeto puede igualmente obtenerse, aunque en menor grado, añadiendo á la cafeína una pequeña dosis de digital. De todos modos, es muy conveniente no emplear mayores dosis de cafeína que la de 1 gramo diario.

TEOBROMINA

La teobromina es considerada, igual que la cafeína, como un tónico cardíaco indirecto, existiendo entre ambos medicamentos grandes analogías. *En primer lugar*, su acción principal sobre el organismo humano se manifiesta igualmente como un excitante de la célula renal, aumentando la diuresis. *En segundo lugar*, representa el alcaloide del cacao, como aquélla el del café, formando ambas substancias parte de nuestro sistema de alimentación En cuanto á su constitución química, pertenece también á la serie de la xantina, como la cafeína, con la diferencia que es una dimetilxantina, es decir, dos veces metilizada en vez de tres. *En tercer lugar*, es también insoluble en agua, como la cafeína. No obstante, difiere de aquélla respecto á su acción fisiológica, pues mientras que la cafeína es un gran excitante del sistema nervioso, la teobromina no ejerce acción estimulante alguna sobre éste, aunque se administre á dosis cinco veces mayor que la cafeína. Al contrario, parece que ejerce una acción sedante sobre el cerebro, pues produce en muchos casos sueño en enfermos que antes padecían insomnios. Su efecto diurético

se manifiesta generalmente ya á la dosis de 1 gramo y medio al día, y aumenta con la dosis, que puede llegar á 3, 4 y 5 gramos al día, según los individuos, pues no todos los enfermos toleran dosis tan elevadas. Hay algunos que son tan sensibles para esta droga, que con sólo 1 gramo la diuresis llega á dos y tres litros diarios, y las grandes dosis les producen cefalalgias; pero éstos son casos excepcionales. Generalmente, 2 á 3 gramos diarios son muy bien tolerados. Todos los experimentos hechos en hombres y animales prueban evidentemente que obra principalmente sobre el epitelio renal, pero sin elevar de un modo sensible la tensión arterial ni la presión sanguínea. No obstante, las funciones cardíacas se hallan favorecidas con su empleo por sus efectos diuréticos tan pronunciados, por lo cual se eliminan todas las toxinas y el ácido úrico contenido en la sangre; por consiguiente, su acción tónicocardíaca debe considerarse como un efecto secundario.

Según las numerosas observaciones clínicas, la teobromina está más indicada en las lesiones mitrales donde la digital no ha producido el efecto diurético deseado. Es también eficaz en aquellos casos donde la digital se ha suspendido por razón de sus efectos acumulativos en el organismo. La teobromina tiene, además, ciertas ventajas sobre la cafeína: *primero*, no excita el sistema nervioso; tampoco es necesario agregar un medicamento narcótico ó vasodilatador para producir una diuresis abundante; *segundo*, sus efectos diuréticos son mucho más pronunciados que los de la cafeína. No obstante, es preciso hacer constar que, en caso de una fuerte albuminuria, vale más no usar grandes dosis de teobromina, por su acción estimulante sobre el epitelio renal.

CONCLUSIONES

1.ª Los medicamentos tónicocardíacos pueden dividirse en tres clases:

a) Los que ejercen una acción tónica directa sobre el corazón y otra indirecta sobre los riñones, aumentando la diuresis. A esta clase pertenecen la *digital*, el *estrofantus* y la *convalaria*.

b) Los que ejercen una acción directa sobre los riñones y otra indirecta sobre el corazón. A esta clase pertenecen la *cafeina* y la *teobromina*.

c) Los que ejercen una acción tónica sólo sobre el corazón y ninguna sobre los riñones A esta clase pertenece la *esparteina*.

2.ª La digital ocupa incontestablemente el primer lugar entre los medicamentos tónicocardíacos. Por medio de su acción sobre el origen bulbar del neumogástrico, hace más lentos los movimientos del corazón, y por su acción simultánea sobre el nervio simpático, contrae las arteriolas y los capilares, eleva la tensión arterial y disminuye la tensión venosa.

3.ª La digital obra de distinta manera si se administra en una fuerte dosis ó en varias dosis fraccionadas. En el primer caso, su acción se manifiesta primero sobre el corazón y después sobre la circulación general, es decir, sobre el sistema capilar. En el segundo caso, obra primeramente sobre la circulación periférica y posteriormente sobre el corazón.

4.ª La digital posee una acción acumulativa, es decir, que se elimina con lentitud, de manera que el efecto se produce generalmente tres ó cuatro días después de su administración, y á veces súbitamente, como si todas las dosis pequeñas anteriores se hubieran reunido formando una elevada. Por este motivo, la administración de la digital no debe prolongarse más de cuatro ó cinco días.

5.ª La digital deja de producir su efecto cuando el corazón haya sufrido un agotamiento gradual ó una dilatación progresiva, tal como ocurre en personas afectadas de padecimientos cardíacos crónicos, ó en aquellas que han tenido ya algunos ataques de asistolia, ó en los casos de degeneración grasienta del corazón con arterias sanas, ó viceversa, de un corazón hipertrofiado con arterias degeneradas.

6.ª La digital no ejerce influencia alguna, y su administración es asimismo peligrosa en las lesiones aórticas, excepto cuando éstas se hallan asociadas á una insuficiencia mitral.

7.ª En aquellos casos en que la digital ha perdido su acción sobre la contractilidad del miocardio, debe ser reemplazada por la *cafeína*, pues ésta es todavía eficaz en la miocarditis crónica cuando la digital es ineficaz, sobre todo cuando no hay edemas ni dilatación del músculo cardíaco y predominan los síntomas de disnea, angustias y palpitaciones.

8.ª La *cafeína* está también indicada en todos los trastornos del aparato de la circulación, dependiendo de un estado dinámico, tal como se encuentra en las enfermedades infecciosas, tanto agudas como crónicas, así como en los gotosos viejos cuyo miocardio se ha hecho insuficiente. En todos estos casos, la cafeína favorece la inervación y reanima la acción del corazón.

9.ª La *teobromina*, igual que la cafeína, no ejerce una influencia directa sobre el corazón. Su propiedad principal consiste en estimular el epitelio renal, produciendo generalmente una abundante diuresis, y, bajo este concepto, constituye un auxiliar utilísimo en todas las cardiopatías arteriales donde la digital ha perdido su acción diurética.

10. Las observaciones clínicas, en oposición á los resultados de los estudios experimentales sobre los animales, han demostrado la influencia sedante de la teobromina sobre el corazón, pues suprime la disnea y regulariza el pulso.

11. El *estrofantus* en forma de extracto ó de tintura de 1 á 5 es un excelente medicamento tónicocardíaco, aumenta la presión sanguínea, así como la tensión arterial, vigoriza la energía de las contracciones cardíacas en las enfermedades mitrales mal compensadas. Hasta es superior á la digital en la estenosis mitral, en la que hace desaparecer la disnea y regulariza los movimientos arrítmicos del corazón.

12. El *estrofantus* es particularmente útil en las palpitaciones y la disnea debida á trastornos funcionales del sistema nervioso, en las que la digital es no sólo inútil, sino perjudicial.

13. El *estrofantus* es también de gran utilidad en los casos de hiposistolia tratados primeramente por la digital, donde ayuda á prolongar la acción diurética y tónicocardíaca de esta última.

14. La *espartetna* debe considerarse como un tónico cardíaco muy enérgico, aumenta la intensidad de las contracciones del corazón, al mismo tiempo que regulariza el ritmo de sus movimientos; en cambio, no ejerce influencia alguna sobre la tensión arterial ni sobre los riñones. Está indicada en todos los casos de atonía del miocardio, que se presentan generalmente en las enfermedades crónicas y en las convalecencias largas de las enfermedades agudas. También se usa con gran ventaja en el tratamiento de la morfinomanía, pues los individuos que padecen esta enfermedad están sujetos en distintas ocasiones á síncopes cardíacos, y las inyecciones hipodérmicas de 2 centígramos de esparteína, repetidas varias veces al día, les hace soportar con más facilidad la privación de la morfina, evitando el riesgo de los síncopes.

15. La *convalaria* en forma de extracto acuoso es un tónico cardíaco de segunda clase, que permite sustituir y continuar la acción de la digital durante el tiempo que es preciso suspender su uso por su propiedad acumulativa, pero está particularmente indicada en

los casos de palpitaciones ó trastornos cardíacos funcionales, que se observan con frecuencia en individuos cloroanémicos de gran excitabilidad nerviosa; en cambio, es completamente inútil en enfermedades orgánicas del corazón.

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL

DR. D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar

SUMARIO: I. El viferrol. — II. El ictiol en la escarlatina. — III. Nueva preparación farmacéutica para el empleo de la adrenalina. — IV. Una nueva aplicación del cloruro de calcio. — V. Empleo del ácido láctico en las enfermedades del cuero cabelludo. — VI. Tratamiento del bocio por los rayos X. — VII. Procedimiento sencillo para hacer cesar las crisis epilépticas. — VIII. El bálsamo del Perú en el tratamiento de la sarna. — IX. Las inyecciones subcutáneas de alcohol como remedio de las neuralgias del quinto par. — X. El isoformo.

I. **El viferrol.** — Es un polímero del cloral, que no obstante haber perdido la acción tópica irritante que observamos en su originario y de hallarse desprovisto casi por completo de los efectos tóxicos de dicho derivado clorado, parece conservar con la mayor pureza y energía las propiedades hipnóticas, sedantes y analgésicas de este mismo compuesto medicamentoso.

Las particularidades más notables de la acción fisiológica del viferrol responden ú obedecen, mejor dicho, á una ley general de farmacodinamia, perfectamente conocida desde hace algunos años, gracias á los modernos estudios de química terapéutica, cual es que cuando un cuerpo de composición simple se transforma en una modificación polimérica de sí mismo, lejos de aumentar la energía de sus efectos, como parecía lógico suponer, desde el momento que está onstituído por la condensación de varias moléculas del propio cuerpo antes mencionado, sufre una considerable atenuación de sus ropiedades tóxicas, quedando casi siempre convertido en otro proucto de acción más débil y hasta de caracteres físicos completaente diferentes en la inmensa mayoría de los casos.

Esto sucede, por ejemplo, con el aldehído ordinario, compuesto uy irritante, que produce la muerte por parálisis del centro respi-

ratorio del bulbo, y que á causa de su extraordinaria toxicidad, no ha podido ser empleado hasta ahora en terapéutica; pero basta condensar tres moléculas de dicho alcohol deshidrogenado, convirtiéndole en una modificación polimérica de sí mismo, para obtener un medicamento hipnótico poco irritante y de efectos tóxicos tan poco acentuados, que suele prescribirse en dosis de 2 á 4 gramos para una sola toma, como es el paraldehído.

Los ensayos de polimerización del cloral con objeto de conseguir derivados menos irritantes, y sobre todo mucho menos tóxicos, no son en realidad cosa muy nueva, pues hace ya varios años que se efectuaron en Alemania por distintos autores, consiguiendo siempre compuestos poliméricos, perfectamente caracterizados y definidos por cuanto corresponde á sus propiedades especiales y á su constitución química, pero desprovistos casi en absoluto de efectos hipnóticos é incapaces también de proporcionarnos ningún beneficio desde el punto de vista de sus aplicaciones terapéuticas.

La novedad de la preparación del viferrol no estriba, por lo tanto, en el hecho de haber obtenido un producto de condensación del cloral anhidro, sino en que gracias á la manera especial de obtenerlo, fundada en las observaciones de Gartner sobre las modificaciones experimentadas por el aldehído triclorado bajo la influencia de la piridina, el policloral que así se forma carece de los efectos cáusticos y presenta sumamente atenuadas las propiedades tóxicas del primero de dichos compuestos medicamentosos, pero conserva con toda su habitual constancia y energía la acción terapéutica del cloral ordinario.

El compuesto que estudiamos se presenta bajo forma de polvo blanco amorfo, fusible entre 153 y 155°, de sabor amargo muy desagradable, poco soluble en agua fría, pero fácilmente soluble en el mismo líquido caliente, que no se descompone en presencia de los ácidos sulfúrico y clorhídrico diluídos y que no se liquida ni reblandece al contacto de la humedad de la atmósfera, como ocurre con el hidrato de cloral.

La administración de 2 gramos 50 centígramos del medicamento á un conejo de 4 kilogramos de peso, va seguida á los treinta minutos de un sueño tranquilo y profundo, que dura catorce horas seguidas. Al despertar, una vez transcurrido este plazo, el sujeto del experimento no presenta ningún indicio de depresión nerviosa ni de entorpecimiento muscular; come con buen apetito y no se observa tampoco ningún trastorno por parte del aparato digestivo. En cam-

bio, la administración de 2 gramos de hidrato de cloral á otro conejo del mismo peso antes indicado, fué seguida de graves fenómenos de intoxicación, que terminaron por la muerte á la media hora.

Una vez conocida la débil toxicidad del nuevo remedio, Vittaner se decidió á emplearlo en varios casos de insomnio, obteniendo resultados muy semejantes á los que de ordinario se obtienen con el trional y con el sulfonal, pero con la gran ventaja de no deprimir en lo más mínimo la actividad funcional del corazón. Sin duda por este motivo, el viferrol fué mejor tolerado por los enfermos de lesiones cardíacas algo avanzadas, que todos los demás hipnóticos conocidos hasta ahora. Sólo en muy corto número de observaciones pudo apreciarse al día siguiente ligero dolor de cabeza, y en cuanto á las funciones digestivas, no sufrieron en ningún caso alteraciones apreciables.

Como formas de administración más preferibles se recomiendan los sellos, las cápsulas gelatinosas y las pastillas comprimidas, y en cuanto se refiere á la dosis, si bien el antedicho Profesor acostumbra á comenzar por 75 centígramos á 1 gramo dado de una vez á la hora de acostarse, no tiene inconveniente en aumentar la prescripción hasta gramo y medio ó 2 gramos, cuando no consigue con estas pequeñas cantidades todo el resultado que se desea.

Si se prolonga durante largo plazo el empleo de la droga, los enfermos llegan á habituarse á sus efectos.

II. **El ictiol en la escarlatina.**—Hace algunos años que A. Seibert recomendó muy eficazmente el empleo del ictiol bajo forma de pomada, como remedio de la escarlatina, asegurando que desde las primeras aplicaciones cesaba el picor, disminuía la tumefacción de la piel, descendía la temperatura 1 ó 2°, se disipaba el insomnio y mejoraba, en suma, de un modo muy notable el estado general de los enfermos.

En una época todavía más reciente, en 1904, Nasarow (de Berlín) dió á conocer los brillantes resultades que había obtenido con el uso interno del ictiol en el padecimiento que nos ocupa: gracias á la administración de 15 á 60 gotas tres veces al día, según la edad de los enfermos, había logrado reducir considerablemente la duración de la enfermedad en todos sus ensayos, evitando al propio tiempo todo género de complicaciones.

Hace, en fin, pocos meses, que un médico ruso, el Dr. Lavrov (de Tchérémchany) ha tenido ocasión de comprobar los buenos efectos de la expresada droga en las formas graves de escarlatina, pues en

todos los casos en que hizo uso de una solución glicerinada de ictiol para para practicar con ella dos embrocaciones diarias por todo el cuerpo, pudo observar que la duración del proceso morboso disminuía, que los síntomas generales, en particular la fiebre y el insomnio, se atenuaban, que las lesiones faríngeas eran siempre de poca consideración, y que nunca sobrevinieron trastornos de importancia por parte de la función renal. La tolerancia fué, además, perfecta en todos los enfermos, y el tratamiento se pudo continuar hasta el principio del período de descamación, sin otro fenómeno consecutivo que algo de estreñimiento y algunos cólicos desarrollados en dos ó tres niños, durante los primeros días de convalecencia.

En cuanto á la manera de administrar el ictiol en la escarlatina, Seibert aconsejaba la práctica de fricciones generales diarias con una pomada al 5 por 100, empleando como base la lanolina, mientras que Nasarow creía preferible hacer uso del remedio por vía gástrica, preparando una solución de 30 gramos de la droga en 10 de agua para hacer tomar 50 ó 60 gotas tres veces al día, tratándose de adultos; 35, igual número de veces, cada veinticuatro horas, á los niños de doce á trece años; 25 á los de ocho á diez, y 15 ó 20 á los de cinco á ocho.

Lavrov vuelve á recomendar las fricciones generales dos veces al día, pero prescribiendo un linimento con 2 gramos 50 centígramos de sulfo-ictiolato amónico, 25 de glicerina y 25 de agua esterilizada.

III. **Nueva preparación farmacéutica para el empleo de la adrenalina.** — Mignon (de Niza) recomienda sustituir las soluciones de adrenalina empleadas hasta ahora como única forma de administración del referido producto, por una pomada compuesta, poco antes de usarla, del modo siguiente:

Adrenalina	8 centígramos.
Aceite de vaselina	8 gramos.

Disuélvase y añádase:

Vaselina blanca	12 gramos.
Esencia de geráneo	III gotas.
Lanolina	15 gramos.

El autor asegura que dicha pomada proporciona los mismos resultados terapéuticos que la solución en las hemorroides y en los procesos congestivos é inflamatorios de las fosas nasales.

Cuando se trata de estos últimos padecimientos, la pomada se aplica por medio de un pincel ó de una pequeña torunda de algodón, colocada en su mango correspondiente, y si bien es verdad que la

acción vasoconstrictora del referido compuesto comienza á manifestarse algo más tarde que cuando se hace uso de la solución al 1 por 1.000, en cambio tiene la ventaja de prolongarse durante más largo tiempo. Por este motivo, deberá preferirse el empleo de la pomada cuando se quiera obtener una isquemia bastante persistente, como ocurre en las rinitis agudas y en las rinitis congestivas de repetición, vayan ó no acompañadas de hidrorrea.

También puede proporcionar buenos resultados en los casos de cauterización de la mucosa pituitaria, pues evita por la larga duración de sus efectos vasoconstrictores, el desenvolvimiento de una congestión consecutiva.

En cambio, cuando se trata de intervenciones capaces de determinar hemorragias secundarias, debe comenzarse por una embrocación de solución acuosa al milésimo, pero teniendo cuidado de aplicar la pomada al 0'01 por 10, según dejamos dicho anteriormente, una vez terminado el acto operatorio.

IV. **Una nueva aplicación del cloruro de calcio.** — De todos los remedios aconsejados contra las erupciones de la piel producidas por la inyección de sueros medicamentosos en general, y muy especialmente de suero antidiftérico, ninguno ha producido tan buenos resultados como el cloruro de calcio, dado en cantidad de 1 gramo cada veinticuatro horas, para comenzar á administrarlo en el momento de la primera inyección y seguir haciendo uso de las mismas dosis durante tres días consecutivos.

Entre 114 niños diftéricos sometidos á esta especial medicación por el Dr. Netter (de París), sólo 11, es decir, 9'64 por 100, tuvieron erupciones que pudieran lógicamente atribuirse al empleo de la seroterapia. En cambio, otra serie de igual número de niños que habían recibido la misma clase de suero, pero que no habían tomado el cloruro de calcio, dió un total de 20 observaciones de dichas dermatosis, ó sea una relación proporcional de 17'54 por 100.

Por otra parte, conviene advertir que entre las 11 observaciones del primer grupo, hubo cuatro bastante dudosas y tres en las que el referido tratamiento no pudo desarrollar todos sus efectos preventivos, pues unas veces había comenzado demasiado tarde y otras se hizo cesar inmediatamente después de la primera dosis.

V. **Empleo del ácido láctico en las enfermedades del cuero cabelludo.**—Balzer ha utilizado las propiedades estimulantes de dicho ácido con objeto de restablecer las funciones de los folículos pilosos alterados en todo género de alopecias.

Para ello, comienza por locionar la cabeza con una solución antiséptica desprovista de causticidad, y que bien puede ser cualquiera de las dos siguientes:

1.ª	Sublimado corrosivo	20 centígramos.
	Acido acético	1 gramo.
	Alcohol de 90°	100 —
	Eter sulfúrico	aa. 50 —
	Alcohol de labanda	
2.ª	Sublimado corrosivo	10 centígramos.
	Hidrato de cloral	1 gramo.
	Acido fórmico	1 —
	Alcohol	100 —

Después de bien seca la cabeza, lociona la parte enferma con una solución de ácido láctico al tercio, aumentando en los días sucesivos la cantidad de agua si esta primera dilución resultase demasiado irritante.

VI. **Tratamiento del bocio por los rayos X.**—Suponiendo el Dr. Görl (de Nuremberg) que la glándula tiroides había de ser muy susceptible á la influencia de los rayos Röntgen, á causa de su situación superficial debajo de la piel, como ocurre con el testículo, tuvo la idea de aplicar las referidas radiaciones al tratamiento del bocio, practicando sus ensayos en ocho enfermos de edad variable, pero todos con gran hipertrofia de uno ó de los dos lóbulos de la expresada glándula.

Los resultados no han podido ser más lisonjeros, pues en todos los casos el tumor comenzó á disminuir desde las primeras sesiones, no tardando en reducirse de una manera más ó menos considerable, pero que llegaba algunas veces hasta su completa desaparición. Como ejemplo muy digno de tenerse en cuenta, expone la historia clínica de una mujer de cincuenta y cuatro años, atacada de bocio desde su juventud y tratada sin éxito por los procedimientos más numerosos y variados. Sometida á la acción de la radioterapia, consiguió verse libre en menos de dos meses de los grandes trastornos de la respiración que antes sufría. Cuatro meses más tarde, la curación era completa y definitiva, pues los lóbulos hipertrofiados del cuerpo tiroides habían disminuído hasta el punto de hacerse imperceptibles al tacto por encima de la piel. Idénticos resultados se obtuvieron, después de ocho semanas de medicación, en una joven de dieciséis años.

VII. **Procedimiento sencillo para hacer cesar las crisis epilépticas.**—Según manifiesta el Dr. M. Conaghey en el *British Medical Journal*, pue-

den cortarse los más violentos accesos de epilepisa con sólo asir fuertemente al enfermo y volverlo de pronto sobre el lado izquierdo, manteniéndolo algunos minutos en esta posición.

Según el autor, que ha experimentado por sí mismo el referido procedimiento en gran número de casos, las convulsiones cesan casi inmediatamente, las mandíbulas se desencajan y el enfermo recobra el conocimiento.

Nuestro colega no llega hasta explicar el íntimo mecanismo de tan asombrosos resultados.

VIII. **El bálsamo del Perú en el tratamiento de la sarna.** — El empleo del bálsamo del Perú como sucedáneo del azufre y del naftol en el tratamiento de tan penosa enfermedad, se ha generalizado mucho desde hace tres ó cuatro años, pues tiene la ventaja de su olor agradable, careciendo á la vez de efectos tópicos irritantes demasiado intensos.

Entre las muchas fórmulas que se han recomendado con tal objeto, hé aquí las que nos parecen más preferibles:

Bálsamo del Perú.....	aa. partes iguales.
Ungüento de estoraque.....	

Ó bien:

Bálsamo del Perú..... ..	5	gramos.
Oxido de zinc.....	10	—
Lanolina...	20	—
Vaselina.	80	—

En los niños pequeños se recomienda la siguiente pomada, por más que Brocq y otros varios autores consideran contraindicado este tratamiento en los niños de pecho y en los de uno á cinco años:

Bálsamo del Perú.....	1 á 8	gramos.
Ungüento de estoraque recientemente preparado.....	20	—
Aceite de olivas.....	15	—

IX. **Las inyecciones subcutáneas de alcohol como remedio de las neuralgias del quinto par.**—Recomendadas hace algunos años por Pitres, Verger y Schlösser, dichas inyecciones han sido experimentadas muy recientemente por Ostwalt de Raymond, introduciendo debajo de la piel del rostro 1 á 2 cent. cúb. de alcohol de 80°, adicionado de 1 centígramo de clorhidrato de cocaína.

Esta última sal tiene por objeto evitar los grandes dolores que produciría el contacto del alcohol; pero téngase en cuenta que para conseguir buenos resultados es necesario poner el líquido en contac-

to directo con los troncos nerviosos, á su salida del cráneo ó en el trayecto de sus propios canales, para lo cual se introduce una larga aguja recta ó curva por debajo de la encía, dirigiéndose algo por detrás de los últimos molares superiores, á lo largo de la tuberosidad de la mandíbula.

Si la neuralgia reside en el nervio maxilar inferior, se llega del modo antes descrito hasta el agujero oval; pero si reside en el superior, hay que ir de igual manera hasta el agujero redondo mayor, y si en el oftálmico, por la escotadura suborbitaria hasta el techo de la órbita. La llegada á sitio oportuno, se conoce por el desenvolvimiento casi instantáneo de una sensación de hormigueo, producida por el contacto de la punta de la aguja con el tronco nervioso.

Según manifestaciones del referido colega, la curación de todos los casos sometidos á este tratamiento, se obtuvo dentro de un plazo variable entre uno y cuatro días, y después de haber practicado de una á tres inyecciones.

X. **El isoformo** ó parayodo-anisol es un nuevo antiséptico desprovisto de toxicidad y de efectos cáusticos, mucho más activo que el yodoformo, que se presenta bajo forma de laminillas cristalinas, blancas, brillantes, poco solubles en el agua fría y que al ponerse en contacto con las superficies denudadas ó con las porciones de piel desprovistas de su epidermis, se transforma en yodo-anisol dejando en libertad la mayor parte de su oxígeno, según puede observarse en la siguiente ecuación:

$$\underbrace{C^6H^4 \begin{cases} IO^2 \\ O.CH^3 \end{cases}}_{\text{Parayodo-anisol.}} = \underbrace{C^6H^4 \begin{cases} I \\ O.CH^3 \end{cases}}_{\text{Yodo-anisol.}} + \underbrace{O^2}_{\text{Oxígeno.}}$$

Más tarde, bajo la influencia de agentes reductores muy enérgicos, puede fijar los elementos del agua, transformándose en alcohol metílico y yodofenol.

$$\underbrace{C^6H^4 \begin{cases} I \\ O.CH^3 \end{cases}}_{\text{Yodo-anisol.}} + \underbrace{H^2O}_{\text{Agua.}} = \underbrace{C^6H^4 \begin{cases} I \\ OH \end{cases}}_{\text{Yodofenol.}} + \underbrace{CH^3OH}_{\text{Alcohol metílico.}}$$

El isoformo tiene las mismas aplicaciones terapéuticas que el yodoformo, dermatol, aristol, sozoyodol, yodol, etc.; pero no puede emplearse puro, porque hace explosión cuando se le somete á tem-

peraturas bastante elevadas (230°) ó inferiores á 0. Por esta razón se recomienda en polvo mezclado con partes iguales de fosfato de cal; en pasta mezclado, también á partes iguales, con glicerina neutra ó en gasa isoformada al 1, 3 ó 10 por 100.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

I. VADEMECUM CLINICOTERAPÉUTICO, por los Dres. Gayarre, Ramoneda, Madinaveitia, Cisneros, Sandoval, Mansilla y Simarro. Un tomo en 8.°, de 715 páginas. Madrid. 1905.

II. LA MODERACIÓN DE LA LIBIDINE, por el Dr. D. José Blanc y Benet. Un folleto en 4.°, de 102 páginas. Madrid, 1905.

III. L'EVOLUTION DE LA GASTROPATHOLOGIE, por el Dr. Ph. Hauser Un folleto en 8.°, de 92 páginas. París, 1905.

I

Al dar cuenta á nuestros lectores por primera vez de la aparición de esta obrita, cuya segunda edición ve hoy día la luz pública, nos atrevimos á afirmar que estaba llamada, por su utilidad incontestable, á figurar en la biblioteca de todo médico.

La aceptación que ha merecido el *Vademecum* demuestra que no nos habíamos equivocado, y que el público médico acoge también favorablemente las obras originales españolas cuando éstas tienen verdadero mérito.

La nueva edición de la obra que motiva la redacción de estas líneas difiere bastante de la anterior, puesto que además de haberse suprimido de ella la parte de Dermatología, se han incluído un capítulo de Cirugía, otro de Oftalmología y otro de Sífilis y venéreo. Esto sin contar con las adiciones y ampliaciones que en todos los capítulos antiguos han introducido los autores respectivos.

Es posible que el tamaño que con tales aumentos ha adquirido la obra, le haya quitado algo de su carácter de *Vademecum;* pero lo que sí puede asegurarse es que lo que pueda haber perdido en este concepto, lo ha ganado y con creces para ocupar un puesto en la mesa de despacho de todo médico práctico.

II

La tesis que el autor de este folleto desarrolla y apoya en argumentos sacados tanto del estudio fisiológico del hombre como del examen del aspecto religioso moral y social del asunto, es muy digna de que se le preste atención, no sólo por el médico, sino también por el político, el sociólogo, el jurisconsulto y hasta por el pedagogo y el padre de familia.

Impugnar valientemente, como lo hace el autor, la tendencia de muchos escritores médicos y no médicos á combatir la moderación de la libidine, fundándose en argumentos especiosos y sin querer conceder al sistema preventivo la importancia que debe tener en estas cuestiones, es una obra muy meritoria, sobre todo cuando se poseen, como le sucede al Dr. Blanc, los conocimientos necesarios para salir victorioso de su empeño.

Nuestra felicitación más sincera al autor, cuyo trabajo deseamos tenga muchos lectores, no sólo entre el público médico, sino también por parte de todos aquellos á quienes *debe* interesar la cuestión.

III

Desde que el estudio objetivo de las funciones del aparato digestivo, tanto en el estado fisiológico, como en el patológico, ha adquirido la importancia que debe tener, gracias á las investigaciones de los patólogos modernos, se nota en algunos de ellos cierta tendencia á conceder más valor al examen y tratamiento locales de las afecciones gastro-intestinales que al estado general del individuo y á los medios terapéuticos que este estado requiere.

En el presente folleto el Dr. Hauser, médico distinguido y no menos reputado publicista, examina el estado actual de las doctrinas corrientes acerca de la gastropatología, y expone sus propias ideas relativas á este asunto, manifestándose tan dispuesto á prestar la merecida atención al aspecto local de las afecciones gástricas, como á la influencia que éstas ejercen sobre el resto del organismo, y á la que experimentan á su vez como consecuencia de padecimientos que radican fuera de la esfera del aparato digestivo.

El folleto, aunque pequeño en tamaño, es rico en doctrina, y su lectura no será ociosa para el que quiera conocer la evolución de la gastropatología en el siglo próximo pasado y el estado actual de esta clase de estudios.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 27 de Noviembre de 1905.

Histerismo agudo mortal.—El Dr. *Fatás* lamenta no poder estar conforme en esta ocasión con el muy distinguido neurólogo Dr. Salas Vaca. Cree el Dr. Fatás que si bien es cierto que puede morirse durante un gran ataque de histerismo por causas de todos conocidas, en los casos expuestos por el Dr. Salas la muerte no ha sido debida al histerismo. Y es que á medida que se analizan los casos de histerismo mortal, va despojándose á aquella neurose de las culpas que se le atribuyen, y van apareciendo otras lesiones que ciertamente son las únicas responsables. Esto ha ocurrido en los casos presentes: los síntomas que presentó la niña, edemas, contracturas, delirio, etc., en la convalecencia de una escarlatina, prueban más la existencia de una uremia terminada por la muerte que un histerismo mortal. Cierto es que Graset dice que la muerte por histeria ha acaecido, en casos raros, en histéricas que habían sido anteriormente urémicas. En cuanto á la enferma que padecía un cáncer de la matriz, piensa que sólo al cáncer pueden imputársele los síntomas graves y la muerte.

El Dr. *Juarros* opina que el histerismo agudo no existe, y por lo tanto, hace la afirmación de que los casos que presentó el Dr. Salas no han muerto por el mecanismo que cree este neurólogo. Lo que ocurre alguna vez es que el histerismo, latente mucho tiempo, estalla con aparatosas manifestaciones por muy diversos motivos. Los casos de muerte por histerismo ya no se van admitiendo en la actualidad, pudiendo afirmarse que quedan reducidos á los que rara vez producen los espasmos laríngeos. Cree que en los casos del Dr. Salas, la uremia en uno y el neoplasma en otro, produjeron síntomas de delirio agudo y confusión mental, psícosis por agotamiento que no se interpretaron bien.

El Dr. *Arredondo* dice que por muy meritoria que sea la opinión del que habla de un caso sólo por referencias, siquiera éstas hayan estado tan bien hechas por el Dr. Salas, es indudable que el médico de cabecera ha tenido más tiempo de ver el enfermo y de juzgar con más acierto. Pero en estos dos casos él, creyendo que la muerte no fué causada por histerismo agudo, no puede por menos de admitir que el histerismo no ha sido ajeno á ella. Brouardel denomina histerismo agudo al que dura dos ó tres semanas en un estado de franca exacerbación, y Wunderlich cita un caso de gran hipertermia y ataques subintrantes, terminado por la muerte. Opina Arredondo que se puede morir en un ataque de histerismo, pero es cuando coexiste otra enfermedad, como ocurrió en el primer caso del Dr. Salas. En

la segunda observación, la muerte aparece claramente causada por un ataque de uremia.

El Dr. *Salas Vaca*, en su rectificación, dice que dadas las circunstancias de los dos casos que motivan esta discusión, él los ha presentado á la Academia sin afirmar de un modo categórico cuál fué la causa de la muerte, esperando que la discusión de ellos le hiciera salir de dudas, y á pesar de la discusión, sigue con sus propias vacilaciones. Porque él, que es muy poco partidario del esencialismo en los procesos, indagó con minuciosidad y escudriñó por todas partes con cuidadosas y amplias exploraciones, el estado del aparato respiratorio, circulatorio, urinario, etc., para ver si la existencia de alguna lesión de ellos podía dar cuenta de la sintomatología que aquellos casos presentaban. En la enferma de neoplasia de la matriz no existía ningún antecedente patológico; las molestias eran tan insignificantes, que ni siquiera le hicieron reclamar asistencia facultativa, hasta el punto que sólo por ceder á instancias de sus hijos, dejóse hacer un reconocimiento: esta enferma necesitó que le dieran cloroformo para hacer la exploración, sin que se presentase accidente alguno. Pues bien, esta señora, que jamás ha padecido nada y que nunca tuvo fenómeno alguno, recibe la noticia terrible de que tiene un cáncer inoperable, y entonces aparecen los síntomas nerviosos de que hizo mención en la sesión pasada y la muerte. ¿No es muy lógico pensar que fuera histerismo agudo aquel cuádro sintomático que produjo la muerte?

La niña escarlatinosa estaba en plena mejoría y no presentó, como alguno ha dicho hoy, un anasarca, no, fué un ligero estado edematoso, sin que por él disminuyese la cantidad de orina; y la niña, al recordar, viéndose, los preludios de la muerte de su hermanita, recibió tal impresión, que en el momento se iniciaron los síntomas indicados, que causaron la muerte. Cierto es que no pudiendo entonces hacer análisis de orina para explorar la permeabilidad renal, carece de este valioso dato. Cree por estos dos casos que el histerismo agudo tiene existencia real.

Un caso de esplenectomía.—El Dr. *Castillo Ruiz* presenta un caso clínico, en su sentir interesante por más de un concepto. Se trata de una enferma que él esplenectomizó en el mes de diciembre de 1904, enferma en la cual se hizo un diagnóstico erróneo, no pudiendo venir á un diagnóstico cierto ni aun después de practicada la intervención y el examen anatomopatológico, y espera que la intervención activa en este debate de los señores Académicos aclarará este punto obscuro, y los invita para que con su autorizada opinión y su claro talento y sagacidad clínica cooperen á esta labor científica.

En el mes de noviembre de 1904 se presentó á la observación del doctor Castillo Ruíz, T. Fernández, de cuarenta y dos años de edad, casada, natural de Oropesa (Toledo). Ausencia absoluta y completa de historia patológica, habiendo disfrutado siempre de una salud excelente. Su historia menstrual comienza á los diecisiete años, en que por primera vez vió el molimen catamenial de una manera perfectamente fisiológica, continuando en la misma forma los años consecutivos hasta hace un año, en que sus reglas fueron en aumento, frecuencia y duración; en una palabra, se hizo menorréica. Su fecundidad ha sido grande, pues ha tenido diez partos nor-

males y cinco abortos, el último de éstos hace cinco meses y de aquéllos hace tres años, no habiendo tenido que lamentar trastorno alguno patológico en sus puerperios. Desde hace un año comenzó á sentir un malestar grande, laxitud general, desnutrición y pérdida del apetito; agregóse á esto una sensación dolorosa y de peso en la fosa ilíaca, vacío é hipocondrio izquierdos. En este estado se presentó á la observación del Dr. Castillo Ruiz, quien apreció en la exploración que practicó á esta enferma la presencia de una tumoración dura, desigual, abollonada, ligeramente dolorosa, que teniendo un límite inferior redondeado en la fosa ilíaca izquierda, se continuaba por el vacío é hipocondrio, escondiéndose debajo del reborde costal, donde tenía su límite superior y su punto de inserción; dicha tumoración seguía los movimientos de la respiración y era perfectamente dislocable hacia arriba y lateralmente, no así hacia abajo, cuyos intentos eran dolorosos. El aparato sexual era completamente normal. El examen hematológico fué practicado, dando por resultado los siguientes datos: glóbulos rojos, 3.570.000, ligeramente deformados; hemoglobina, 0'65 por 100; leucocitos, 5.700; proporción de las distintas variedades de leucocitos por ciento: polinucleares neutrófilos, 63; linfocitos, 25; mononucleares grandes, incluyendo las formas de transición, 11; eosinófilos, 1.

Con estos datos, dice el Dr. Castillo, me creí autorizado para emitir y formular el diagnóstico de sarcoma del bazo, pues la ausencia de paludismo, leucemia y pseudoleucemia, hacían descartar y excluir el de esplenomegalia de dicha naturaleza, y por otra parte, la rapidez de la evolución, la desnutrición rápida, el decaimiento de fuerzas, el dolor provocado á la presión y las desigualdades del tumor, hacían pensar en una neoplasia maligna del bazo, pues el diagnóstico topográfico no ofrecía duda, y propuse como tratamiento la esplenectomía, aconsejando á la enferma que antes de operarse viese á otros cirujanos, con el fin de esclarecer el diagnóstico, y al efecto, fué reconocida por tres distinguidos Profesores de esta Corte, los cuales emitieron los siguientes diagnósticos: «tumor del mesocolon descendente con adherencias al bazo», «bazo ectópico hipertrófico» y «quiste hidatídico del bazo». Conceptuando indicada la intervención, aconsejada también por los otros Profesores que la exploraron y recabado mi concurso por la enferma para que la operase, el día 3 de diciembre de 1904 llevé á cabo la intervención, que consistió en una esplenectomía siguiendo la técnica general y extirpando un voluminoso bazo, que pesó 1.678 gramos. El curso post operatorio fué excelente, siendo la enferma dada de alta á los veinte días, que marchó á su pueblo, no sin antes aconsejarle que dentro de dos ó tres meses volviese por Madrid, con objeto de hacer un nuevo análisis de la sangre.

El examen de cortes del bazo al microscopio no mostró otra cosa que hiperplasia del tejido propio del bazo.

En el mes de marzo de 1905 volvió la enferma, encontrándome con un sujeto completamente distinto, pues la enferma había recobrado sus perdidas fuerzas, apetito y tenía el aspecto de una persona en la plenitud de su salud. El análisis de la sangre dió por resultado las siguientes cifras: glóbulos rojos, 3.164.783; glóbulos blancos, 13.917; cantidad de hemoglobina, 12'6 por 100; proporción de leucocitos: polinucleares neutrófilos, 25'9;

acidófilos, 0'2; basiófilos, 0'5; mononuclares claros, 4'5; linfocitos, 68'6. También existen hematíes nucleados. En vista del estado de nuestra enferma, la sometí á un tratamiento arsenical y la mandé á su pueblo, recomendándola volviese cuando transcurriesen dos meses, al objeto de hacerle un nuevo examen hematológico, con el fin de ver si se había normalizado su estado hemático.

Cuando en el mes de mayo esperaba ver de nuevo á nuestra operada, supe con sentimiento que había fallecido de una fimia pulmonar de curso rápido, según el médico encargado en el pueblo de asistirla.

Tal es el caso que, como verán los señores Académicos, se presta á consideraciones importantes de índole diagnóstica. Por de pronto no existe alteración neoformativa y sí únicamente hiperplásica; en una palabra, es una esplenomegalia de causa desconocida, y denominar á este caso hipermegalia esencial es tanto como confesar nuestra impotencia para emitir un diagnóstico serio y científico, pues la denominación esencial ha desaparecido de la moderna clínica y debemos afinar más en nuestros medios de investigación y formular un diagnóstico más científico. Nosotros creemos que se trata de una enfermedad de Banti en período preascítico ó primario, pues la descripción que de tal período hace V. V. Nefedov (de Moscou) en el número de diciembre de 1904 de la *Médecine scientifique*, dan una resultante de síntomas análogos á los que tenía la enferma en cuestión.

El Dr. *Bravo* ha operado recientemente un caso muy parecido al del Dr. Castillo Ruíz. Una mujer de treinta y tres años, con antecedentes muy remotos de paludismo y que presentaba voluminoso y movible bazo, sin trastornos leucémicos. Sin otra causa que el paludismo, siquiera fuera tan remota, puesto que hace más de veinticinco años que lo padeció, pensó en que podría ser de naturaleza palúdica. Ello es que dado el gran tamaño del bazo y el ser movible, lo cual exponía á la enferma á los riesgos de torsión del pedículo, decidió operar tanto más cuanto que los peligros de la operación eran mínimos en atención á la falta de leucemia; por otra parte, en el paludismo está indicada la esplenectomía por esplenomegalia palúdica si los ataques se repiten, pues parece que el bazo es el almacén donde se depositan los hematozoarios causantes de la enfermedad.

Opina que el caso del Dr. Castillo no ha sido enfermedad de Banti, porque el bazo era muy voluminoso y en aquella enfermedad este órgano jamás alcanza tal volumen y además presenta una sintomatología gastrointestinal que en el caso del Dr. Castillo no existía; también la enfermedad de Banti requiere la esplenectomía. Tampoco debió pensar que fuera sarcoma primitivo de bazo dada la rareza de los neoplasmas de este órgano.

Por lo demás, el procedimiento seguido por el Dr. Castillo es el clásico; en el caso operado por el Dr. Bravo tuvo que ligar en masa el pedículo y después los vasos cada uno por separado, recubriendo de peritoneo la superficie de sección para evitar adherencias. La enferma sigue bien hasta ahora.

El Dr. Yagüe: El caso presentado por el Dr. Castillo no lo ha sido sólo para que nos felicitemos de su habilidad operatoria, con ser grande y notoria, sino para que deduzcamos las enseñanzas clínicas posibles requeridas en procesos de tan obscuro diagnóstico como los del bazo. Para orien-

tarnos en este difícil campo, es menester recordar que se trataba de una mujer adulta sin antecedentes morbosos hereditarios ni personales, con bazo grande, muy descendido, algo móvil, de superficie lisa y borde irregular, demacración y decoloración lenta y progresiva é infebril. La lentitud del proceso permitía desde luego descartar la idea de neoplasia maligna primitiva, por la rapidez de la generalización de las de este órgano, debida á su gran vascularidad y su grandísima rareza.

No podía ser tampoco una enfermedad de Banti, porque no había alteración alguna en el volumen del hígado, el bazo era muy grande y ectópico, contra lo que ocurre en este proceso, y no había existido ningún síntoma gastro-intestinal. De otra parte, esta especie morbosa no está muy completa, clara y definitivamente constituída, siendo muy de notar que recientemente se tiende á restringir el papel del bazo en el origen de las esclerosis hepáticas, en tanto se le concede cada vez mayor al intestino. De este cambio de apreciación de causas esplenógenas por las enterógenas, nace una consecuencia quirúrgica inmediata, el escaso valor ó la inutilidad de la esplenectomía en tales afectos.

Desechadas estas dolencias, no parece que podía tratarse de otra que de una esplenomegalia primitiva. El gran volumen del bazo, su movilidad y la ineficacia de la terapéutica farmacológica, eran base suficiente en que fundamentar la intervención. Es cierto que al decir esplenomegalia primitiva (que no es decir esplenomegalia esencial), no se dá idea clara del proceso, pero sí da la que tenemos, porque aun cuando su causa se nos escapa, su frecuencia en la clínica obliga á la admisión del grupo nosológico, que, preciso y bien definido, describen todos los autores; afirmándole no nos salimos de la realidad ni ocultamos con nombres nuevos la insuficiencia actual de nuestros conocimientos en la materia, sino que la confesamos, y al mostrarla queda como incitante continuo al progreso para el estudio y más exacto conocimiento de la enfermedad.

De otra parte, conviene no olvidar un motivo secundario de aumento de volumen en las dislocaciones del bazo; los cambios y dificultades circulatorias que acarrea su desplazamiento, y que, entreteniendo la ectasia, puede contribuir á la hipertrofia é hiperplasia de los elementos del órgano. Para completar las enseñanzas deducibles, sería interesante hacer inducciones acerca del origen de la tuberculosis pulmonar aguda de que sucumbió la enferma, y la posibilidad é imposibilidad de relacionarla con el proceso morboso anterior y estado funcional consecutivo al acto operatorio; sabido es que las formas tuberculosas agudas surgen por agudización de un proceso crónico, especialmente en las de tipo erético, ó por infección por vía vascular; y en esta forma no había antecedentes torácicos que puedan explicarlo y se ve clara la génesis del proceso.

De lo dicho creemos que se puede deducir: 1.° Que la enferma no podía padecer una neoplasia esplénica, ni padecía enfermedad de Banti, sino esplenomegalia primitiva, grupo nosológico indispensable de conservar en clínica; y 2.° Que habiendo sido tan hábil como justamente intervenida, interesa científicamente averiguar la causa posible de la tuberculosis aguda, motivo de la muerte.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 29 de Noviembre de 1905.

Operación cesárea seguida de histerectomía abdominal. — El Dr. *García de Arias* da cuenta del siguiente caso clínico: M. R. de C., natural de Plasencia (Cáceres), veinticinco años, casada, dedicada á sus labores, ha sufrido cuando niña el sarampión y á los once años la viruela; por lo demás, ha disfrutado habitualmente de salud. A los catorce regló por primera vez, siendo ésta y las sucesivas normales en cantidad, sin trastornos y guardando su periodicidad, excepción hecha de unos dos ó tres meses cuando tenía diecisiete años, en que fué amenorréica por clorosis.

Casada á los veinte, ha tenido tres partos, incluyendo en este número el que motiva esta historia. El primero tuvo lugar el 15 de noviembre de 1900, siendo asistida por los Dres. D. Ricardo Soto como médico de cabecera y D. José Bergé en calidad de consultor. Después de cuatro días de parto y varias aplicaciones de forceps, que resultaron infructuosas, ingresó en el Hospital de la Princesa, donde el mencionado Dr. Bergé extrajo con dicho instrumento un niño muerto. Salió del hospital á los catorce días, y tres meses después fué operada por el mismo profesor de una estrechez vaginal, alta, que le había quedado como consecuencia de este laborioso parto.

Queda de nuevo embarazada y se declara el parto el día 4 de abril de 1903. Igualmente que en el anterior, y después de tres días de labor y cinco aplicaciones inútiles de forceps (dos bajo la influencia de la anestesia y tres no cloroformizada), fuí avisado y logré extraer una niña muerta, produciéndose un insignificante desgarro perineal, suturado inmediatamente después del alumbramiento. La operación, pues, se hizo el día 7, á las seis de la tarde, á los tres días de trabajo y estar coronada la cabeza unas veinticuatro horas.

El puerperio fué febril — como no podía menos de suceder — y exigió muchos y delicados cuidados por nuestra parte, pero éstos no impidieron el que se eliminaran grandes trozos gangrenados de muçosa vaginal pertenecientes á los dos tercios ó á la mitad superior de la vagina; que se estableciera una pequeñísima fístula estercorácea, fístula que se cerró espontáneamente, y por último, que el útero y la vagina, con las grandes pérdidas de substancia sufridas, adoptasen la disposición y dimensiones descritas más adelante. El 22 de mayo se la da el alta y el 23 marchó á Málaga, y en esta ciudad es acometida de locura, de la que ya había dado débiles muestras en los últimos días de su estancia en esta corte. Ingresó allí en una casa de salud de enfermedades mentales, de donde salió á los tres meses perfectamente curada.

El 27 de febrero de 1904 viene de nuevo á residir á Madrid, y tengo ocasión de verla con motivo de aquejarla un ligero trastorno funcional del corazón, para cuyo tratamiento solicitó mis cuidados. Aproveché esta ocasión para practicar un reconocimiento minucioso en su aparato genital, y me encontré: que la vagina tenía una longitud de cuatro centímetros, en forma de fondo de saco, y en el extremo de esta ampolla infundibuliforme un

imperceptible orificio, por el que me fué imposible introducir el histerómetro. Después de dos ó tres tentativas en los días siguientes y de haberme cerciorado, por la exploración rectal y vesical, de que aquel pequeño orificio daba acceso al útero, logré forzarlo y conseguí saber que la cavidad virtual de este órgano medía cinco centímetros. La matriz y la vagina tenían la figura de una ampolleta (reloj de arena), y la enferma me manifestó — al ser interrogada — que menstruaba normalmente. No me extrañó la disposición úterovaginal descrita, por ser lógica consecuencia de los procesos necrósicos sufridos en los partos anteriores y además porque esta disposición es bastante común cuando estos órganos padecen traumatismos de cierta importancia en el acto del parto, como he tenido ocasión de ver repetidas veces.

No volví á saber de esta señora hasta las diez y media de la mañana del 29 de junio del año actual (1905), en que fuí avisado con gran urgencia para que me encargara de asistirla en su nuevo parto. Personado en su domicilio (Sandoval, 3, tercero, centro), recogí los siguientes datos referentes al embarazo y parto actuales: que la gestación había comenzado á primeros de octubre y que se había desarrollado sin la menor alteración en los sistemas y aparatos orgánicos. El parto se había iniciado con una contracción dolorosa, seguida de rotura de membranas (estando la embarazada en la calle), el 26 de junio, á las ocho menos cuarto de la noche; inmediatamente se fué á su casa y se metió en cama; con ligeros dolores en la región lumbosacra y pequeñas pérdidas de líquido amniótico y mucosidades sanguinolentas transcurrieron los días 27 y parte del 28, en que á las cinco de la tarde las contracciones uterinas se hicieron vigorosas y repetidas, y avisó al médico que había adquirido el compromiso de asistirla.

Este compañero, desde que practicó el primer tacto á la parturiente, apreció la ausencia completa del cuello uterino y la estrechez y dureza del orificio que daba acceso á la matriz, sin que le fuese dable precisar la presentación, dudando, sin embargo, que esta señora pudiese dar á luz sin los recursos del arte. En vista de que á la mañana siguiente el trabajo no había progresado, á pesar de las fuertes contracciones con que aquel útero trataba de desembarazarse de su contenido, aconsejó á la familia que me llamaran, inhibiéndose de la asistencia y autorizándome debidamente para que yo obrase como creyera oportuno é instituyera el plan obstétrico adecuado á la gravedad y urgencia del caso. Reconocida detenidamente, pude comprobar lo siguiente: que la presentación era longitudinal y de vértice; que el feto vivía; que la estrechez anular que separaba el útero de la vagina era durísima, inextensible, y que difícilmente permitía el paso á un dedo; que era imposible precisar la posición; que á las tres de la madruga- había sido acometida esta señora de intensos y repetidos escalofríos, ıtiendo luego mucho calor, seguido de sudor profuso; que en la hora que la examinaba (once mañana), el pulso era regular y daba 112 latidos ır minuto, el termómetro marcó 39°; las contracciones uterinas, aunque gorosas, eran más distanciadas que por la noche, y la enferma, fatigadí- na, anhelante, deseaba vivamente salir á cualquier precio de un estado n angustioso, aumentado con el triste recuerdo de sus dos partos ante- ıres.

Teniendo la absoluta convicción de que el parto no podía realizarse espontáneamente, como lo prueban con gran elocuencia los hechos ya relatados, ni tampoco acudiendo á las incisiones transversales vagino-uterinas, ni á éstas combinadas con las incisiones sagitales (en las que corren gran peligro de ser lesionados el recto y la vejiga), para abrir campo y terminar el parto mediante una aplicación de forceps, signifiqué á la familia que mi opinión era que había *indicación absoluta* de practicar la operación cesárea para tratar de salvar las dos vidas, harto comprometidas, agregando que, según el estado en que se encontrase el útero infectado, iría ó no seguida de histerectomía.

Dada la suma gravedad de la operación, hube de solicitar el parecer de mis distinguidos compañeros los Dres. Cerecedo, San Román y Sánchez Rodríguez, quienes, después de un reconocimiento detenido de la parturiente y de una breve discusión sobre el caso, convinieron conmigo en que la indicación de la cesárea era absoluta.

Acto seguido nos pusimos los cuatro á solucionar el problema que teníamos á la vista, y la operación fué practicada del modo siguiente: laparotomía central desde la sínfisis pubiana hasta cuatro traveses de dedo por encima del ombligo y extracción del útero fuera de la herida; protegí las vísceras abdominales con dos grandes compresas de gasa; cerré provisionalmente la herida del vientre con dos pinzas de Museux; entonces, de un solo golpe de bisturí, incindí de través el útero en su cara posterior, un poco por debajo de la línea de inserción de las trompas; extraje el feto; seccioné el cordón por debajo de una pinza de Péan; entregué el niño al Dr. Cerecedo para que lo reanimara, y en seguida desprendí y saqué la placenta. En todas las maniobras descritas invertí unos tres minutos. Como lo esperábamos, al abrir el útero no salió ni gota de líquido amniótico; en cambio, al vaciarlo del feto y sus anejos exhaló un hedor nauseabundo é insoportable. La herida uterina sólo en un punto sangraba, bastando colocar una pinza longueta para cohibir esta hemorragia.

Al reconocer visual y manualmente la superficie interna del útero, comprobamos la escasísima capacidad volumétrica del segmento inferior y la existencia de bolsas purulentas en su parte más baja, alguna del tamaño de una naranja mandarina, y pequeños abscesos diseminados en la caduca; sin dudas ni vacilaciones decidí practicar la histerectomía, pero antes de proceder á ello nos desinfectamos nuevamente operador y ayudante.

Coloqué dobles ligaduras con seda de mediano calibre en las arterias útero-ováricas y funiculares; seccioné con bisturí por entre ellas; uní, por una incisión arqueada que sólo comprendía el peritoneo, la distancia que existía de un ligamento redondo á otro, y al tratar de separar la vejiga de la cara anterior del útero, ví con gran sorpresa que éste se abrió anchamente, lo que probaba que estaba adelgazadísima la pared de este órgano en toda la porción correspondiente al tabique vésico-uterino y hasta unos dos traveses de dedo por encima de él, explicándome entonces el por qué de una mancha blanquecina, circular, signo de gran isquemia, que existía en la cara anterior del útero, producida sin duda por la compresión de la cabeza sobre esta parte y contra la rama horizontal del pubis.

Seguidamente coloqué una serie de suturas, con seda del núm. 4, que

comprendió el resto de la circunferencia uterina, poniéndolas en la parte más baja y dejando los cabos de aquéllas bastante largos; seccioné con el bisturí por encima de ellas y me deshice del útero y sus anejos. Introduje entonces una pinza curva por el orificio anular úterovaginal, lo desgarré horizontalmente para agrandarlo, y apoderándome del haz de cabos de la sutura mencionada, mediante una tracción fuerte de la pinza, insaculé este gran colgajo en el tubo úterovaginal. A continuación peritonicé la gran herida pelviana, y la del vientre la cerré empleando la sutura rápida de Jonnesco y para la piel agrafes.

Poco hay que decir del curso post operatorio, porque fué inmejorable, á pesar de la importancia de la operación sufrida y de estar infectada la enferma cuando se intervino. El pulso, en los días siguientes á la operación, osciló entre 100 y 120; la temperatura más alta fué la de 38°,8 en la tarde del 1.° de julio, y con unas décimas por las mañanas y 38° y algunas por las tardes, estuvo los diez primeros días; paulatinamente fueron descendiendo estas temperaturas, y á los veinticinco días puede aseverarse que había desaparecido la infección.

La herida del abdomen cicatrizó por primera intención, y el muñón uterino se eliminó por gangrena, y los puntos de seda gruesa que se colocaron para su hemostasia, se desprendieron espontáneamente en las últimas curas. Esta operada no sufrió el más pequeño trastorno en su aparato gastrointestinal, ni dió la menor señal de protesta el peritoneo.

El niño, que, como se ha dicho, salió aturdido, recuperó la integridad de sus funciones respiratoria y circulatoria á los cuarenta y cinco minutos de vida extrauterina.

Repite los motivos que le obligaron á practicar la cesárea y asimismo las razones que le determinaron á la subtotal extirpación de la matriz.

El Dr. *Castillo Ruiz* felicita al Dr. García Arias por el brillante éxito quirúrgico obtenido y por haber presentado un caso tan interesante por la disposición anatómica del aparato genital, llamándole la atención el que un útero casi atrofiado pudiera soportar hasta término la gestación. Asiente á lo dicho por el orador, y cree que las indicaciones operatorias eran las que se llenaron, operación cesárea seguida de histerectomía abdominal, puesto que ninguna intervención podía hacerse por la vagina y la infección uterina reclamaba la extirpación de este órgano.

El Dr. *Parache*, después de algunas consideraciones acerca de las estenosis vulvovaginales, ya producidas por procesos infecciosos generales (viruela, sarampión, etc.), que ocasionan estrecheces de gran importancia, por lo común, á causa de soldarse las paredes vaginales en gran extensión, ya las debidas á traumatismos (parto), las cuales, por regla general, tienen la característica de ser pequeñas y más limitadas (fístulas genitales), hace notar que en muchas ocasiones son vencidas estas estrecheces por los solos esfuerzos de la naturaleza, aun en casos en que tal cosa parecía imposible. En este caso del Dr. García de Arias quizá no hubiere sucedido, por razón de tratarse de una presentación de cara en anómala posición; pero cabía intentar las incisiones del Dürhsen ú otras, para ver de realizar la extracción por vagina. Cree asimismo necesarias las medidas pélvicas para aquilatar mejor las dificultades de este parto y de los anteriores.

Admite la indicación de histerectomía tratándose de un útero infectado, y este nuevo caso viene á justificar otro presentado por el Dr. Recasens, contra el cual en esta Sociedad se puso el grito en el cielo.

El Dr. *Botella* pide al exponente datos acerca de la angustia pelviana que en esta señora debía existir, puesto que en su parto anterior ya se había comprobado la presencia de la estrechez vaginal, y sin embargo, se realizó el parto, aunque con forceps. Después de citar el caso de Boissard, admite la indicación de histerectomía, no sólo por la estrechez vaginal mencionada, sino también por la infección del huevo.

El Dr. *Soriano* extiende su enhorabuena, además del operador, á la madre y al niño; cree de interés el que se puntualice los diámetros de la pelvis y la presentación y posición fetal, que, á juzgar por el dibujo, parece una mentoposterior. Ruega al Dr. García de Arias le manifieste las razones que tuvo para hacer la histerectomía subtotal y no la total.

El Secretario de actas,
DR. POLO Y TREMPS.

PERIÓDICOS

La belladona en las bronquitis y bronconeumonías infantiles. — En los *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría* publica el Dr. D. Francisco Carbonell y Solés el siguiente artículo de verdadero interés clínico:

«Cuando las bronquitis y bronconeumonías han llegado á la mitad de su curso, y después de las iniciales tomas de calomelanos á dosis medianas (0'02 á 0'03 gramos cada media hora hasta lograr el efecto laxante), se han administrado los amoniacales y algún antimonial (quermes mineral, antimonio diaforético, etc.), asociado las más veces con los tónicos cardíacos (digital, estrofanto, etc.), es llegada la oportunidad de prescribir la belladona á dosis algún tanto crecida. Entonces, aunque el proceso sea *a frigore*, ya no cabe esperar más resultado de la transpiración cutánea, aumentada durante los primeros días, ni tampoco es conveniente insistir más con los agentes indicados, como no sea en casos especiales, sino que se ofrece con indicación más plena la belladona, el gran sedante de las raíces periféricas sensitivas y de las terminaciones motoras y uno de los mejores excitantes de los centros bulbares, de todo lo cual se siguen los efectos calmantes de muchos reflejos (tos, vómitos, agitación muscular) y las acciones vasoconstrictiva, cardiotónica, eupnéica, y sobre todo, una vez llevada la dosis hasta las primeras manifestaciones de intolerancia, la revulsiva, gracias al encendimiento hiperémico de toda la superficie cutánea.

El efecto resultante de la belladona es sedante, puesto que la agitación de los niños irritables suele calmarse muy bien; pero esta sedación no es engañosa, v. gr., como la del opio, que presupone en las afecciones agudas del aparato respiratorio de los niños la depresión no exenta de peligro de los centros bulbares, sino que es una sedación tónica que aumenta la ten-

sión arterial y estimula la mecánica respiratoria. Además, tiene verdadera importancia el efecto sobre la hipersécreción bronquial, que en los niños de corta edad da pié muchas veces mecánicamente á la asfixia á poco que se retarde el empleo de la belladona ó la administración de algún emético, ó algo que lo equivalga, como la *inversión* del niño (posición con la cabeza más baja que el tronco, sosteniéndole la frente, para facilitar el descenso y expulsión de las mucosidades), ó la estimulación y limpieza mecánica de las fauces.

Tocante á dosis, es menester no quedarse en cantidades insuficientes: los niños, mientras orinen con la abundancia que suelen, soportan la mayor parte de medicamentos activos en dosis crecidas, á condición de que las tomas sean algún tanto fraccionadas. Recuerdo una niña de cuatro años que tomó una poción, cuyo jarabe de belladona había sido confeccionado por el farmacéutico á la proporción de 4 gotas por gramo, y no hubo más sino la presentación brusca é intensísima de una erupción escarlatinoide y algunos momentos de excitación cerebral bastante viva; 10 ó 15 gotas en veinticuatro horas, aun en los niños de pocos meses, mientras se reparta la poción en tomas cada hora, no sólo es inocua, sino que es preciso duplicarla si se desea llegar con prontitud (por ejemplo, al segundo día) á determinar el encendimiento cutáneo. Es curioso advertir que, á dosis de una gota cada hora en niños de medio año, conviene vigilar el efecto y disminuir, aunque no se haya manifestado la intolerancia, la dosis á la mitad al día siguiente.

Respecto á la manera de administrar la belladona, la más sencilla es á gotas de su tintura, de la cual se puede prescribir una gota (y como máximum dos en los niños de algunos años que puedan ser bien observados y atendidos) cada hora; y también debe utilizarse la misma tintura con preferencia al jarabe en las pociones, en las cuales, aunque no sea como agente fundamental del tratamiento (ó sea en la dosis ordinaria de 10 gotas para veinticuatro horas), se prescriba asociada, v. gr., con el benzoato sódico, el eucaliptus, los derivados de la creosota, el bálsamo de tolú, la savia de pino, etc.

En los catarros vulgares de la porción alta del aparato respiratorio, está indicada la belladona desde el comienzo del proceso, pudiéndose prescribir en unión del quermes mineral, del óxido blanco de antimonio y de los amoníacales difusivos (acetato) é incidentes (clorhidrato, carbonato, licor amoníacal anisado); mas, como queda dicho, en las bronquitis graves y las bronconeumonías, es preferible las más veces dejar que la tos durante los primeros días sea expedita, para evitar la obstrucción de los bronquiolos.

Mejor efecto podrá entonces reportar la polígala, y aun en ocasiones, la ipecacuana. Y por cierto que tampoco falta quien la asocie á estos agentes, con los cuales no están en pleno antagonismo, sino sólo parcialmente; y es sabido que en la clínica es forzoso prescindir á menudo de los antagonismos fisiológicos parciales. De todas suertes, en presencia de indicantes complejos, es de buena regla plantear el tratamiento sobre uno ú otro de los elementos de elección lo más sencillamente posible, bien que en cantidad correcta y capaz de suscitar la reacción que de un modo seguro se conceptúe prudente promover». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 29 de Noviembre de 1905.

Ileorrectostomía. — El Dr. *Picqué* cree que no hay un solo cirujano que no considere el ano artificial como un medio de contemporizar y que no procure evitarle. A todos los inconvenientes del ano contranatural señalados por los otros oradores, el Dr. Picqué añadió los casos de enajenación mental que sobrevienen en ciertos individuos predispuestos por la creación de un ano de este género. Ha observado varios ejemplos de ello. Aunque sólo fuera desde este punto de vista especial, la ileorrectostomía merecería ser considerada.

El Dr. *Chaput* considera la ileorrectostomía practicada por la vía abdominal como una operación peligrosa, porque sólo puede ejecutarse en el interior del vientre. Lo mismo es que la anastomosis se practique por el procedimiento de las suturas ó por el botón de Murphy. El Dr. Chaput cree que para estas anastomosis es preferible la vía sacra á la abdominal: citó una observación de ileosigmoidectomía practicada recientemente sin la menor dificultad y con resultado excelente.

El Dr. *Hartmann* dijo que había tenido ocasión de practicar hace diez días una ileorrectostomía por cáncer de la parte inferior de la S ilíaca; empleó el procedimiento de Lardennois, sorprendiéndole la facilidad con que pudo dirigir el recto bastante arriba, lo que favoreció la aplicación del botón. El enfermo se encuentra bastante bien y ha expulsado el botón.

Simpaticectomía en el tic doloroso convulsivo facial. — El Dr. *Delbet*, refiriéndose á un trabajo del Dr. Poirier á propósito de este asunto, manifestó que uno de los casos referidos por este cirujano (aquel en el que fué imposible encontrar ni el ganglio ni el tronco del simpático, y que no obtuvo beneficio alguno de la operación), prueba la acción específica de la simpaticectomía y es una de las mejores objeciones que pueden hacerse á los que pretenden que esta operación obra en cierto modo por sugestión, modificando sencillamente el neurosismo de los enfermos.

Ha observado en el cadáver una disposición anatómica que es probablemente la misma encontrada por el Dr. Poirier en su enfermo, y que explica por qué en éste fué imposible descubrir el simpático cervical y su ganglio superior. En el cadáver indicado, el simpático tenía el aspecto que presenta de ordinario el tronco del neumogástrico y podía confundirse con este último nervio, tanto más fácilmente cuanto que su ganglio faltaba en apariencia. Lo que prueba que se trataba del simpático es que el neumogástrico se encontró más adelante adherido á los vasos gruesos del cuello en el

paquete neurovascular. El Dr. Delbet aconseja, por lo tanto, cuando después de separar un nervio que se toma por el neumogástrico, no se encuentra el simpático, buscar en el paquete neurovascular por si contiene un nervio que es el verdadero neumogástrico: encontrado éste, es indudable que el primer nervio no puede ser otro que el simpático.

Vómica por dilatación bronquial.— El Dr. *Broca* refirió, en nombre del doctor Gaudier (de Lille), el caso de un niño de nueve años, que tosía desde los dos años y medio y que tenía, á juzgar por los signos estetoscópicos, un foco de supuración localizado en la parte superior del pulmón derecho con vómica, de la que expulsaba diariamente una gran cantidad de pus.

El Dr. Gaudier, practicó una toracotomía con formación de ventana, pero no encontrando adherencia pleurítica alguna y habiendo practicado sin éxito varias punciones, cerró la brecha torácica, limitando á esto su intervención. Fenómeno curioso pero no excepcional, puesto que se ha observado ya; esta operación extrapulmonar bastó para que curara la vómica, curación definitiva al parecer, porque data de bastantes meses.

Hernia inguinal derecha estrangulada. — El Dr. *Rieffel* leyó un informe acerca de la siguiente observación dirigida á la Sociedad por el Dr. Auvray. Se trata de un niño de siete semanas con todos los síntomas de una hernia inguinal estrangulada. Al principio no empleó la anestesia general, pero tuvo después que recurrir á ella para calmar los gritos y esfuerzos del niño. Incindió el tumor, abrió el saco herniario y encontró en él un asa de intestino delgado en el que se implantaba un divertículo de Meckel. Este divertículo no se hallaba libre en el saco, sino acodado en el sitio de inserción, doblado por arriba y comprendido por su extremidad terminal entre el cuello del saco y el asa herniada; el Dr. Auvray cree que en este caso debe considerarse como agente de la estrangulación el divertículo, no el anillo herniario.

Divertículo y asa intestinal, tenían el aspecto ordinario, aunque estaban algo congestionados. El Dr. Auvray, á causa de la edad del enfermito, creyó conveniente limitar su intervención á desprender el divertículo, y á reducir la hernia estrangulada y á cerrar el anillo herniario con un punto de sutura. La ablación del divertículo tenía el inconveniente de prolongar la operación y hacerla peligrosa. El enfermo curó con rapidez, continuando curado.

Las hernias del divertículo de Meckel, dijo el Dr. Rieffel, son raras, puesto que sólo se han publicado unos 40 casos. Cree, en contra de la opinión del Dr. Auvray, que el divertículo debe extirparse siempre, porque constituye para el sujeto que le tiene una amenaza de accidentes abdominales.

Cuanto á la anestesia general en las intervenciones practicadas para corregir estrangulaciones herniarias en los niños de poca edad, manifestó el Dr. Auvray que carece de todo peligro. Bastan para producirla y prolongarla algunas gotas de cloroformo, y la operación es así mucho más fácil.

Los Dres. *Broca* y *Kirmisson* indicaron también la ventaja y la falta de inconvenientes de la anestésia general en los casos de estrangulación herniaria en los niños de poca edad. — (*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 12 de Diciembre de 1905.

Tratamiento de la tuberculosis por la tuberculina. — El Dr. *J. Pardoe* leyó un trabajo sobre el tratamiento de la tuberculosis de los órganos génito-urinarios por la nueva tuberculina (T. R.). Los resultados poco favorables obtenidos en la tuberculosis de los órganos génito-urinarios, en particular de la vejiga, por la operación y los lavatorios, le han inducido á ensayar las inyecciones de tuberculina. Es importantísimo desechar los casos desfavorables para este tratamiento; hay que tener en cuenta si la reacción local que produce la tuberculina puede ocasionar la obstrucción de las vías urinarias, y para dilucidar este punto es preciso no emplear el reactivo, si los orificios de los uréteres no están libres y el derrame de la orina no es libre cuando menos en uno de ellos. Ha empleado la tuberculina T. R. en 21 casos; 5 curaron al parecer, en 4 hubo mejoría notable, en 6 no se observó mejoría alguna, y 6 murieron. Puede sacarse de estos casos la conclusión de que el resultado obtenido es, cuando menos, tan bueno como el que se obtiene por otro método, y que respecto á la tuberculosis vesical, es el mejor medio que puede emplearse.

El Dr. *R. Douglas Powell* dijo que, según su experiencia, es importantísimo para obtener resultado con la tuberculina que la tuberculosis se halle perfectamente localizada y en un período de calma. Cree que en los casos «tumultuosos», antes de inyectarse la tuberculina, es preciso que el enfermo permanezca algún tiempo en un sanatorio. Es de la mayor importancia saber si este tratamiento influye sobre el índice opsónico.

El Dr. *Ross* indicó que, durante los últimos nueve meses, había empleado los métodos de Wright para el diagnóstico de muchos tuberculosos. En 100 casos de tisis, el índice opsónico fué de 1'2, y sólo en 11 inferior á 0'8. De 30 casos más avanzados, en 27 dicho índice fué durante algún tiempo superior al normal. Durante la permanencia en el lecho, el índice descendió, elevándose de nuevo al hacer el enfermo ejercicio. Puede decirse en términos generales, que al elevarse la temperatura se eleva el índice opsónico. El valor del índice opsónico elevado es grandísimo para el tratamiento. No ha visto que exceda del 1'3 en ningún caso de tuberculosis sometido al tratamiento. La fluctuación de dicho índice excede de cuatro décimas, y si se comprueba en varios análisis, es un signo que indica la tuberculosis probable. Al parecer, la predisposición hereditaria va acompañada de un descenso del índice opsónico sanguíneo. En los casos de enfermedad aguda, la falta de índice opsónico elevado ó fluctuante, es una prueba de gran valor en contra de su naturaleza tuberculosa. Los resultados obtenidos por el Dr. Ross respecto á la fase negativa, concuerdan con los de los Dres. Lawson y Stewart. Ha inoculado con la tuberculina T. R. 6 enfermos del *Victoria Park Hospital*, en los que el índice opsónico era de 1 ó menos. De estos 6 enfermos, en 4 la tuberculosis se hallaba en un período avanzado y en 2 incipiente; de los 4 primeros 1 mejoró bastante y 1 notó mejoría ligera—el método no es al parecer favorable para los casos avanzados; en los 2 casos

incipientes, el índice opsónico se elevó y los síntomas clínicos mejoraron en alto grado. En 2 casos de tuberculosis localizada de la piel y de la vejiga, la mejoría obtenida fué notable.

El Dr. *A. Whitfield* expuso los resultados obtenidos con las inyecciones de tuberculina en las tuberculosis cutáneas. Un caso de lupus de marcha rápida mejoró de una manera notable, principiando la mejoría desde el centro. Ha obtenido también resultados satisfactorios en 2 casos de escrofulodermia y en otros 2 de eritema indurado. El índice opsónico bajo no es, á su juicio, un fenómeno congénito, sino que está asociado de una manera obscura con la infección tuberculosa.

El Dr. *Emery* dijo que el índice opsónico no es proporcionado á la cantidad de opsonina contenida en la sangre; este índice desciende de una manera lenta, que no guarda relación con las diluciones progresivas. El hecho se explica por la facilidad con que varían los organismos. Ha visto varios casos de tuberculosis que mejoraron bastante con la tuberculina; á pequeñas dosis, aunque no produzca beneficio, no perjudica y siempre mejora bastante el estado general. Está indicada en la tuberculosis quirúrgica, antes de practicar toda operación, porque eleva el índice opsónico y disminuye el peligro de la diseminación de los microorganismos. Las relaciones del índice opsónico con los estados hereditarios necesitan nuevas investigaciones.

El Dr. *Butler Harris* encareció la necesidad de emplear dosis pequeñas: el sistema de las dosis progresivas indica una fase negativa larga y la alteración del estado clínico; encareció también la importancia del método opsónico para el diagnóstico, aun en la práctica general, y citó casos en los que los signos físicos eran ligeros ó nulos, á pesar de existir la tuberculosis entre ellos, uno de tuberculosis vesical, que mejoró bastante con la tuberculina T. R., administrada á pequeñas dosis.

(*British Med. Journal*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del 8 de Noviembre de 1905.

Afecciones del páncreas en el curso de la diabetes.—El Dr. *Félix Hirschfeld* refiere haber observado en 14 casos de diabetes síntomas que atribuye á afecciones concomitantes del páncreas. Consistían en cólicos que se propagaban más á la izquierda que los cólicos biliares, pero en cambio eran muy difíciles de distinguir de la angina de pecho. Suele observarse al mismo tiempo un aumento de la glicosuria y de la acetonuria, por el estilo del que se presenta algunas veces cuando en el curso de la diabetes sobrevienen forúnculos, gangrena, fenómenos febriles ó excitaciones psíquicas. No raras veces se presenta también edema, y á medida que éste aumenta, va disminuyendo la secreción de agua; asimismo se observan trastornos circulatorios, por más que éstos también se pueden interpretar como consecuencia de una afección hepática.

La causa de todos estos trastornos es desconocida. La afección pancreá-

tica sigue generalmente una marcha favorable: su duración llega á ser, por lo general, de uno á cuatro meses; pero hay casos en que quedan como reliquia perturbaciones de carácter definitivo. Dos de los enfermos sucumbieron en coma, pero no se hizo la autopsia. Conviene no dar poca importancia al peligro de la recidiva, puesto que al fin puede llegar á tener una terminación funesta.

Hipertrofia prostática y diabetes. — El Dr. *Posner* recuerda aquellos casos en los que, después de haber desaparecido el azúcar de la orina, continúa persistiendo por mucho tiempo la poliuria. Este fenómeno se observa no raras veces en hombres de cierta edad. Cuando en uno de estos enfermos se comprueba la existencia de una hipertrofia prostática acompañada de poliuria, debemos tomar por costumbre buscar el azúcar en la orina, aunque ésta tenga muy poco peso específico. Procediendo así en 30 prostáticos, observó el autor que 5 de ellos tenían glucosuria.

Esta frecuente coincidencia, lejos de ser puramente casual, se debe á un tercer factor, la arterio-esclerosis, que predispone, tanto á la hipertrofia prostática como á la diabetes. Si se encuentra azúcar en la orina de un prostático, tenemos en ello un doble motivo para investigar la existencia de la arterio-esclerosis.

La coexistencia de la glicosuria y de la hipertrofia prostática dificulta el establecimiento de un plan dietético. Es, en efecto, muy frecuente que los prostáticos que padecen de retención urinaria tengan gran repugnancia á la carne, ó sea al alimento principal de los diabéticos. La comprobación de la glicosuria tiene también mucha importancia para el tratamiento de los prostáticos, ya que dicho síntoma aumenta el peligro de que el cateterismo ocasione cistitis; por otra parte, obscurece muchísimo el pronóstico de toda intervención operatoria, sea que se trate del procedimiento galvanocáustico de Bottini, ó bien de alguno de los métodos de extirpación que se han recomendado muy calurosamente en estos últimos tiempos.

El Dr. *Mosse* menciona la angina abdominal, que con mucha facilidad se puede confundir con las afecciones pancreáticas, pero que suele mejorar con los medicamentos vasodilatadores. Dedica, además, algunas palabras á las llamadas islas de Langerhans del páncreas, y manifiesta con este motivo que en lo porvenir habrá que conceder una gran importancia al modo de reaccionar de las células á las distintas materias colorantes.

El Dr. *Sénator* insiste igualmente en la importancia que tiene la esclerosis de los vasos mesentéricos, y se fija muy detenidamente en algunos puntos de las dos conferencias.

El Dr. *Ewald* echa de menos datos necroscópicos, como base de las ideas sustentadas por Hirschfeld.

El Dr. *Hirschfeld* contesta á las distintas objeciones que se le han hecho.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung.*) — R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 10 de Noviembre de 1905.

Estrechez mitral y parálisis del recurrente. — El Dr. *Frischauer*: El autor da cuenta del caso siguiente: Una mujer de treinta años, de oficio costurera, ingresó en la clínica médica del profesor Ortner el 7 de agosto de este año y falleció el 30 de octubre.

Anamnesia.—Hace ocho años había empezado á sentir molestias después del primer puerperio, que había sido infebril.

Estado actual al ingresar en la clínica. La punta del corazón late en el quinto espacio intercostal, á un dedo por fuera de la línea mamilar. La macicez cardíaca llega hasta el borde derecho del esternón y por arriba hasta el borde inferior de la segunda costilla. Por la auscultación se perciben un ruído sistólico y diastólico y acentuación del segundo ruído de la pulmonar. El examen laringológico revela un ligero grado de paresia en el abductor izquierdo. Con la exploración mediante los rayos Röntgen se perciben por encima de la sombra del ventrículo izquierdo dos sombras pulsantes, de las cuales una se interpreta como correspondiente á la aurícula y otra como correspondiente á la arteria pulmonar.

Se diagnosticó estrechez é insuficiencia de la válvula mitral y compresión del nervio recurrente izquierdo producida por la aurícula izquierda, que está dilatada.

En la autopsia se vió que la causa de la parálisis del recurrente no era una compresión ejercida directamente por la aurícula, sino de un modo indirecto; la arteria pulmonar era la que empujaba y comprimía el nervio recurrente izquierdo contra la concavidad del cayado de la aorta.

El Dr. *Oscar Störk* presenta la preparación anatomopatológica correspondiente á este caso. El nervio vago y el recurrente presentan un aspecto normal en lo que se refiere á su topografía, pero el último de dichos nervios aparece adherido á la concavidad de la aorta; mirando de frente la preparación, se ve que estando llenas la aurícula izquierda y las venas pulmonares, empujan la rama izquierda de la arteria pulmonar contra la aorta. El nervio recurrente aparece como estrangulado entre las arterias aorta y pulmonar, y en este punto se presenta aplanado á manera de cinta y de color gris rojizo.

El Dr. *Santiago Pal* dice que tiene en la actualidad un caso de estrechez mitral y de parálisis del nervio recurrente izquierdo. En este enfermo se ha podido precisar la fecha en que si inició la ronquera.

El Dr. *Carlos Reitter* demuestra con los datos que se encuentran en la literatura respectiva, que los únicos casos de este género que se pueden admitir como indudables son los que llegan á la autopsia.

El Dr. *Luis Hofbauer* propone un procedimiento especial para descubrir en la autopsia las particularidades topográficas naturales del nervio recurrente en casos como el que ha motivado esta discusión.

El Dr. *Miguel Grossmann* expone la historia de un caso de parálisis del recurrente combinada con taquicardia muy pronunciada y febril.

El Dr. *Santiago Pal* dice que en el caso á que antes se refería alternaban la taquicardia y la bradicardia.

El Dr. *Norberto Ortner* manifiesta que en los tres casos en que hizo la autopsia no se había observado ningún síntoma por parte del nervio vago.

Importancia terapéutica del procedimiento de estancación venosa de Bier.—El Dr. *Egon Ranzi* refiere que el tratamiento de las inflamaciones agudas por medio de aparatos que producen la estancación y la succión, según el método de Bier, ha dado casi siempre resultados satisfactorios en la clínica de Eiselsberg.

El Dr. *Ricardo Volk* da cuenta de los resultados favorables que se han logrado con el método de Bier en el tratamiento de las afecciones venéreas y sobre todo, en el de los bubones del chancro blando.

El Dr. *Heck* dice haber visto también muy buenos resultados en la policlínica de Joseph, en Berlín.

El Dr. *Max Jerusalem* insiste en la importancia que tiene el método de Bier en la práctica de las Sociedades de socorros mutuos.

El Dr. *Oscar Frankl* trata de la manera de utilizar el procedimiento de Bier en la práctica ginecológica: para ello se utiliza un aparato ideado por Rudolf de Heilbronn, que produce una especie de succión. Con este aparato se hiperemia la porción vaginal del cuello, vaciándose moco y á veces sangre en el espéculo. El procedimiento está indicado en la forma esclerósica de la metritis crónica y en la amenorrea.

El Dr. *Mosetig-Moorhof* confirma los buenos efectos de la estancación en los procesos flemonosos, y añade que no ha visto ningún resultado en los casos de artritis blenorrágica. En cambio, por lo que ha observado desde hace bastantes años, sobre todo en la práctica de otros compañeros, cree que el procedimiento de Bier no debe emplearse en los procesos cariosos de las articulaciones.

El Dr. *Carlos Ullmann* utiliza el procedimiento en los casos de afecciones dermatológicas, procesos inflamatorios de la porción anterior de la uretra y también en los de infiltraciones blenorrágicas, post blenorrágicas y tuberculosas del epidídimo, ó en su caso del testículo.

El Dr. *Weinlechner* dice que el procedimiento de estancación venosa en los casos de tuberculosis es pesado, pero que no tiene nada de nocivo.

El Dr. *Eiselsberg* refiere haber usado el método de Bier en un gran número de casos de tuberculosis de los huesos y de las articulaciones, generalmente con buen resultado y nunca con consecuencias perjudiciales.

Herniotomía; muerte de origen obscuro.—El Dr. *K. Katholitezky* (de Bum) presenta la preparación anatomopatológica de las vísceras torácicas de un individuo de cuarenta y seis años que murió con síntomas de debilidad cardíaca á los cuatro días de haberle practicado una herniotomía con anestesia general. En la autopsia se encontró un timo hiperplástico, pero sin nada de degeneración maligna. Tampoco había aplasia de los grandes vasos.

El Dr. *Richter* niega que en este caso pueda admitirse relación alguna entre el fallecimiento, debido evidentemente á la debilidad cardíaca, y la lesión patológica del timo. Más aún, cree que, en general, todavía no hay motivo para afirmar con seguridad la existencia de una muerte de origen tímico.

Los Dres. *Teodoro Escherich* y *Alejandro Fraenkel* impugnan las ideas emitidas por el preopinante, fundándose para ello en argumentos de carácter clínico.—(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Accidentes tóxicos debidos al empleo prolongado de la fenacetina.—El doctor Max Hirschfeld, de Berlín, ha tenido ocasión de observar un caso de accidentes crónicos debidos al empleo de la fenacetina. Se trataba de una joven que acudía con frecuencia al empleo de este medicamento para calmar sus jaquecas y dolores de cabeza y tenía en las piernas numerosas petequias puntiformes y lineales, las cuales en muchos puntos, especialmente en la región tibial y en los maleolos, habían confluído formando placas dolorosas espontáneamente y al tacto. Al cabo de algún tiempo estas placas se transformaron en ulceraciones de una dimensión como una pieza de 5 pesetas y profundas de 2 á 3 milímetros, cubiertas de un barniz purulento. Desde que se suspendió la fenacetina las ulceraciones se epidermizaron, las petequias palidecieron y cuatro ó cinco semanas después no existían más que cicatrices pigmentadas. Otra úlcera y otras petequias reaparecieron después de tomar la enferma gramo y medio de fenacetina, contraviniendo la prescripción del Dr. Hirschfeld.

(*Journ. de Méd. et de Chir. prat.*, 1905). — CODINA CASTELLVÍ.

Método de proteger el periné en el parto. — Cuando la cabeza fetal, dice el Dr. Caie, distiende moderadamente el periné, se secan éste y las partes inmediatas con una compresa esterilizada. Al aproximarse al máximum la tensión perineal, el tocólogo debe comprimir ligeramente sobre el vértice de la cabeza del feto para impedir su expulsión prematura ó brusca. Con la mano derecha coge entonces el periné y le sostiene comprimiendo con la concavidad formada por el pulgar y el índice, interponiendo entre ellos y periné una compresa esterilizada caliente de modo que el borde de la concavidad entre dichos dedos, el de la compresa y el labio del periné, se hallen en la misma línea; conviene formar un pliegue doble con la compresa en el fondo de la concavidad para suplir la deficiencia de la compresión en este punto. Se comprime con fuerza á cada dolor á través del diámetro bitemporal de la cabeza del feto si hay distensión excesiva ó tendencia al desgarro del periné. No debe hacerse tentativa alguna para dirigir la cabeza fetal hacia adelante hasta que el occipucio deja de estar encajado detrás del arco pubiano. Estas maniobras tienen por objeto:

1.° Evitar por la compresión, á través del diámetro bitemporal, la extensión prematura de la cabeza sin retrasar su avance.

2.° Secando el periné y las partes inmediatas pueden sujetarse y comprimirse mejor porque no se desliza la mano como cuando están húmedas.

3.° Ejercer una compresión uniforme de todo el periné. Una vez que ha salido la cabeza y ejecutado el movimiento de rotación, los hombros se ha-

llan en el diámetro anteroposterior del estrecho inferior y su extracción expone más al periné que la de la cabeza, sobre todo si, como se recomienda en las obras de texto, se permite salir primero el hombro posterior. Pero si después de salir la cabeza se ejerce una tracción ligera hacia atrás, al dolor siguiente el hombro anterior se desencaja de detrás del pubis, en tanto que el periné queda aplicado sobre el posterior y ligeramente distendido, y si el estrecho inferior es pequeño, el brazo anterior puede ser extraído sin gran dificultad después de salir el hombro anterior, sustituyendo así un diámetro mucho más pequeño del niño. Si se permite salir primero el hombro posterior, el anterior queda fijo con fuerza detrás del arco pubiano, en tanto que el posterior se desliza por el periné y lo distiende de nuevo en alto grado. No es posible ejercer en este caso una protección eficaz, porque si se comprime sobre los hombros para rechazarlos hacia atrás se retrasa de un modo notable la expulsión del feto.

El Dr. Caie ha empleado este método en 400 casos, obteniendo en todos ellos un resultado altamente satisfactorio.

(*British méd. Journal*, 16 septiembre 1905).—F. Toledo.

Significación clínica de los divertículos del intestino. — Los divertículos adquiridos del intestino son raros, pero tienen cierto interés clínico y patológico. Según el Dr. E. Beer, de Nueva-York, la clasificación usual de los divertículos en falsos y genuínos, de suerte que los primeros habrían de ser adquiridos y los segundos congénitos, induce á error, puesto que entre los divertículos adquiridos los hay también lo mismo que los congénitos que están constituídos por todas las capas de la pared intestinal.

Respecto á su patogenia, demuestra el autor que los experimentos que se han hecho llenando el intestino con agua á una gran presión, no pueden explicar suficientemente la verdadera causa de los divertículos, puesto que los que se forman artificialmente de este modo radican siempre en el lado mesentérico del intestino y en la dirección de las venas que por él circulan. Y es el caso que los divertículos adquiridos se observan también en aquellos puntos del intestino en que no se inserta el mesenterio y hasta en el intestino grueso que no posee tal mesenterio. Como quiera que los divertículos se observan de preferencia en edad avanzada, busca el autor su causa en una debilidad de la capa muscular de la pared del intestino, como no es raro observarla en las personas de edad que padecen de estreñimiento crónico.

Los divertículos adquiridos son inocentes en muchos casos y no ocasionan ningún síntoma; sin embargo, algunas veces tienen significación patológica, y en este concepto la alcanzan mayor los del intestino grueso, por cuanto pueden experimentar lesiones patológicas bajo la presión de los materiales estercoráceos estancados.

Las complicaciones que pueden sobrevenir, son: estrechez del intestino recto, rotura en la cavidad abdominal y peritonitis general, absceso en la fosa ilíaca y peritonitis local, y por último, rotura en la vejiga de la orina.

(*Amer. journ. of the med. sciences*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REDUCCIÓN DE LAS LUXACIONES

CASOS PRÁCTICOS

POR EL

DR. A. MORALES PÉREZ

Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.

I

Cuando se repasan las obras de cirugía del pasado siglo y se leen aquellas extensas descripciones de los medios que se recomendaban para reducir las luxaciones, queda el ánimo sorprendido al comparar aquel lujo de *terroríficos aparatos* con los medios tan sencillos que hoy emplea la moderna cirugía. Los *polipastros*, las *muflas*, *dinamómetros*, *tubos de goma*, los *ganchos de Elser*, los *ajustadores* y las muchísimas máquinas que con este objeto se habían inventado y puesto en ejecución, han pasado á ser *objetos* de curiosidad histórica, envueltos en las nieblas del olvido. La anestesia, borrando el dolor y relajando los músculos en las luxaciones recientes, y un mayor conocimiento de la anatomía normal y patológica, han producido una completa revolución en esta importante rama del arte quirúrgico.

Esta parte de la cirugía en manos de *curanderos*, especialmente pastores, había llegado á un extremo en los siglos anteriores, que no había lesión de huesos ó articulaciones que no fuese intervenida por esa gente, tan ignorante como atrevida y peligrosa.

El vulgo tenía una fe ciega en estos *componedores* de huesos. Muchos, aun perteneciendo á la clase, al parecer ilustrada, creían que los *pastores*, por haber curado fracturas en *borregos*, poseían un *don especial y práctico* para dicha cirugía en la especie humana.

En Cataluña hubo un pastor llamado Moreu que ejercía esta clase de *curanderismo* en un pueblo de la provincia de Gerona—Darnius—y venían á consultarle de pueblos lejanos, cuya fama, ya bastante extendida, tomó extensos vuelos por haber curado á una bailarina del teatro del Liceo, de Barcelona, la que debió tener un *esguince* haciendo *piruetas*.

En nuestra historia política hay un hecho bien demostrativo de lo que vengo manifestando. Cuando fué herido Zumalacárregui en el sitio de Bilbao, la bala rebotó sobre los hierros de una ventana y le produjo la fractura de la cabeza del peroné. Viendo que no se curaba, se encargó de su asistencia un curandero llamado Petrillo ó Pedrillo, *gran componedor de huesos*. El herido falleció de septicopuohemia, y se dijo que fué envenenado por los enemigos, hecho que no pudo comprobarse.

Hoy la cirugía se inspira en una base más científica, y los procedimientos que emplea son en extremo sencillos y fáciles de comprender.

Hay un punto que conviene fijar como base de tratamiento, me refiero al *diagnóstico:* si éste no es seguro, toda la terapéutica resultará incierta, y muchas veces ciega y peligrosa, por los accidentes y complicaciones que puede determinar.

Muchísimos hechos pudiera citar en los que sin un diagnóstico exacto se han ocasionado graves trastornos. He visto muchos casos de anquilosis escápulohumeral confundidos con luxaciones.

Ingresó en mi clínica un individuo que, con motivo de la caída desde un carro que conducía, sufrió una fractura extracapsular del cuello del femur. Se confundió con una luxación y se practicaron extensas tracciones, que pusieron equimótica la parte superior del muslo.

Aunque en las obras clásicas se admite como síntoma de gran valor el que en las fracturas hay *movilidad anormal* y en las luxaciones *inmovilidad anormal*, estos síntomas son relativos, pues hay muchos casos en los que están invertidos los términos. He visto un caso de luxación coxofemoral con grandes destrozos en la cápsula, que parecía una fractura; en cambio, hay fracturas *de penetración* en las que la inmovilidad es completa.

Expuestos los anteriores precedentes como base para fundamentar el diagnóstico, voy á ocuparme de la reducción incruenta y cruenta de algunos casos prácticos.

Si la luxación es reciente, el procedimiento es sencillo. Un joven

robusto transita por una calle de Barcelona, montado en un *motociclo*, resbala y cae, determinando el traumatismo una luxación escápulohumeral izquierda infracoracoidea—que es de las más frecuentes—. Grandes dolores, extensos hematomas y una agitación moral extraordinaria ante la idea de quedar con el brazo inútil.

Llego á la habitación del lesionado. Procuro calmarle con la esperanza de una curación completa. Lo coloco en el borde de la cama y empleo el procedimiento de reducción recomendado por Kocher, de Berna: flexión del antebrazo, rotación externa para *destorcer* la cápsula, llevo el brazo hacia adelante para relajar los bordes de la abertura, y una vez que noté el *chasquido* de la entrada de la cabeza en la cavidad glenoidea, coloqué la extremidad en situación conveniente con el vendaje apropiado, y ocho días después quedaba el enfermo con su brazo libre y con todos los movimientos normales.

El segundo caso de reducción incruenta hace que la efectúe muy pocos días. Se trataba de un labrador robusto y fuerte, sobre cuyo muslo chocó un *bocoy*. Sufrió el lesionado grandes dolores, y quedó la extremidad inferior derecha inmóvil. Un médico le examina y le aplica compresas con agua timolada. Al cabo de dos días se intenta, previa anestesia clorofórmica, la reducción del miembro luxado — luxación coxofemoral derecha posterosuperior — y resultaron inútiles varias tentativas. Fué trasladado el paciente á Barcelona é ingresó en la Casa de Salud de Nuestra Señora del Pilar.

Después de un examen minucioso, hago el diagnóstico, ordeno la anestesia con el termo-eterizador — con cuyo aparato llevo practicadas desde el año 1888 cerca de *seis mil anestesias*, sin accidentes ni complicaciones — y procuro reducir la luxación. Practiqué tres tentativas y me resultaron inútiles, pues la cabeza del femur, seguramente por estar la cavidad cotiloidea llena de un fuerte coágulo de sangre, resbalaba y volvía á tomar su posición anormal. Tan inútil consideraba la operación, que lo manifesté á la familia — que esperaba en una habitación inmediata — al ver los repetidos fracasos.

En las situaciones apuradas es cuando más discurre el cirujano, y yo, que soy *un poco terco*, me cuesta trabajo *darme por vencido*. Pensando acerca de la manera de vencer la dificultad, se me ocurrió hacer la extensión de la extremidad con mi hombro izquierdo —procedimiento ordinario—la contraextensión, dándole á la pelvis, bien almohadillada con algodón, un movimiento de rotación hacia arriba y afuera, en tanto que á la cabeza del femur le hacía descri-

bir un movimiento espiroideo hacia abajo y adentro, al objeto de buscar la escotadura cotiloidea mayor y poder introducir la cabeza del fémur en dicha cavidad por debajo del borde inferior del coágulo, que yo suponía llenaba la cavidad cotiloidea.

Este procedimiento dió buen resultado, pues se notó un fuerte *chasquido* y quedó la extremidad en la posición normal. Le apliqué un vendaje contentivo con dos *férulas* y un *ocho de guarismo* con venda de apresto.

A los diez días se le separó el apósito y pudo andar en un principio con muletas, después con bastón y últimamente sin auxilio alguno, marchando con *alta* á su pueblo.

La sangre derramada produjo grandes equimosis, que dieron á la piel de la región, y especialmente al muslo, el color característico.

Otros muchos casos recientes pudiera anotar, pero sólo he tomado los dos más característicos y frecuentes que en la práctica ordinaria suelen presentarse.

El cirujano rural ha de poner especial empeño en conocer hasta los más minuciosos detalles lo referente á luxaciones y fracturas; pero, triste es decirlo, está tan mal organizada la enseñanza quirúrgica en este punto, que sale el novel médico de la Escuela de Medicina sin haber visto casos clínicos de esta especie.

Los accidentes que se presentan en la clase pobre y que ingresa en los hospitales, son tratados de primera intención en las Casas de Socorro y en los Dispensarios; los que se presentan en la clase acomodada ingresan en las clínicas particulares ó en sus respectivos domicilios. Concluyen la carrera los jóvenes médicos y van á ejercer á un pueblo, en donde por las faenas agrícolas ó industriales se presentan esta clase de lesiones, y han de hacer el diagnóstico exacto y la terapéutica conveniente ¿Cómo se puede exigir práctica á quien ni ha practicado y ni siquiera ha visto practicar? Así no es extraño que en muchas poblaciones impere el *curanderismo*, que no representa otra cosa que la deficiencia de conocimientos. En los puntos en que el Profesor está á la *altura científica necesaria*, podrá haber *curanderos de huesos*, porque una parte del vulgo siempre es ignorante, pero la masa general comprende que si un médico con años de estudios puede equivocarse, más sujeto está al error el que no tiene conocimiento científico de ninguna especie.

II

La segunda parte de este artículo se refiere á una importante cuestión que hoy, gracias á la cirugía aséptica, puede resolverse con más conocimiento de causa que en épocas anteriores. ¿En qué casos se debe recurrir á la *reducción cruenta* de las luxaciones?

Ya en tiempos de Bonet, de Lyon, y Malgaigne se había planteado este problema, que hoy ha cambiado de aspecto por los adelantos de la cirugía moderna. Se miraban con recelos y temores estas maniobras quirúrgicas por nuestros antepasados, y en verdad que no les faltaba razón para ello.

Se ponía como término de la imposibilidad de reducción *los cuarenta días* — á *cuyas cuarentenas* eran muy aficionados los médicos antiguos — porque se creía que en este tiempo se habían formado bridas cicatriciales y *neo-articulaciones*, y que era imposible volver los huesos á su relación normal como no fuese por los *medios cruentos*. En estos casos era inútil la anestesia, porque aún relajados los músculos, no cederían las bridas fibrosas de nueva formación. Mas como las maniobras quirúrgicas en huesos y articulaciones eran tan expuestas, sólo se recurría á ellas en último extremo, quedando en la mayoría de casos inútil el paciente.

He practicado muchas veces — como es fácil suponer — la reducción cruenta en las luxaciones, mas sólo me voy á fijar en las más típicas. Ante todo, deben plantearse las indicaciones que cumple dicha operación : 1.ª Un individuo se ha luxado el húmero, y este hueso comprime el paquete vasculonervioso, provocando dolores intensísimos, que no se mitigan con los calmantes por la índole puramente mecánica del padecimiento, y á más, dificultando la circulación de retorno, pone en estado edematoso toda la extremidad superior ; 2.ª, el hueso luxado produce una *claudicación* dolorosa ó coloca al miembro en una *posición viciosa*, que hace inapto al miembro para toda clase de funciones. Esta indicación puede llamarse *ortopédica*.

Referente á la primera indicación, voy á citar dos observaciones entresacadas de mis *notas clínicas* (1). La primera es concerniente á un albañil que cae de un andamio é ingresa en la clínica seis meses después del accidente con una luxación infracoracoidea, fuertes

(1) Las que conservo por si alguna vez tuviese *ánimo y tiempo suficiente* para publicar una *Clínica de operaciones*.

dolores y un edema extraordinario de la extremidad superior izquierda.

No había que pensar en la reducción incruenta, que además de inútil, hubiera sido peligrosa por el estado de sus partes blandas.

La operación se había hecho más que *necesaria*, *urgente*. Pero en estos casos, ¿es posible volver las superficies articulares á su primitivo estado, como si fuese una verdadera *restitutio ad integrum*? Por otros casos iguales á éste he visto las cavidades articulares disminuídas de volumen y casi *borradas* las cabezas, aunque con restos de cartílagos, se encuentran sin lisura necesaria y con islotes de implantación fibrosa, las partes blandas sumamente acortadas, como para *acomodarse* á su nueva posición. Esto se explica fácilmente teniendo en cuenta *que todo cambio anatómico trae consigo un cambio fisiológico, y viceversa.* Así es que no debe empeñarse el cirujano, tratándose de antiguas luxaciones, en querer volver las cosas á su primitivo estado. Las *restauraciones* han de transigir con las modificaciones que el tiempo imprime en el curso de las cosas. Si esta ley tiene aplicación en todos los hechos de la vida, no ha de ser una excepción éste del que me ocupo.

Por las razones expuestas, tratándose de luxaciones antiguas, lo más práctico es hacer una *resección*, acomodando los huesos de manera que ya que no se puedan obtener movimientos extensos, por lo menos el miembro pierda la inmovilidad producida por el *enclavamiento* y su *neartrosis* desempeñe los movimientos necesarios al funcionalismo de la extremidad.

La regla de conducta anterior fué la seguida en este caso y en otro que, si no en idénticas condiciones, eran muy parecidas al anterior.

La operación consistió en practicar una incisión para poner al descubierto la cabeza del hueso luxado, excavar un poco la cavidad y decapitar la parte de cabeza necesaria para que el miembro se movilice en condiciones necesarias.

Para la excavación de la cavidad, Hoffa, de Berlín, emplea un cilindro hueco metálico, con aletas cortantes, cuyo autor, si mal no recuerdo, es norteamericano. Mi hijo—que ha estado practicando en el Instituto de Hoffa—le ha visto emplear á dicho cirujano el procedimiento á que hago referencia. Yo no he podido emplearlo aún porque hace muy poco tiempo que recibí dicho instrumento, el que pienso usarlo á la primera ocasión que se me presente, pues lo considero sumamente ingenioso y práctico. Hasta hoy, para cumplir el

objeto indicado, me he valido de la cucharilla de Volkmann, gran modelo.

La segunda indicación es la ortopédica. Hay muchos casos en que el miembro queda desviado y resulta inútil y hasta embarazoso para cumplir la función que venía desempeñando.

Entre las historias clínicas que he tenido á la vista, hay una referente á un niño, el que, con motivo de una caída, se le presenta una luxación anterior del radio, cuya cabeza quedó por delante del cóndilo humeral.

Quedó el antebrazo izquierdo — extremidad luxada — en forzada extensión é inútil toda la extremidad, pues la anquilosis angular es la que se procura en las resecciones por los procedimientos de Ollier, Kocher y el de todos los cirujanos modernos.

Vi al enfermo mucho tiempo después del accidente y cuando no era posible siquiera intentar la reducción incruenta. Decapité la cabeza del radio, acomodando la extremidad en ángulo ligeramente obtuso por medio de un vendaje con férulas y vendas de apresto.

El niño quedó en buenas condiciones para poder emplear su extremidad superior.

Hace algunos años, á consecuencia de la *explosión de un barreno* en una cantera, cerca de Manresa, quedó un obrero con una luxación superior coxofemoral derecha que le producía un gran acortamiento de la extremidad. En este caso, como en muchos otros que he podido observar, la *claudicación* es mayor aparentemente que la real y efectiva. Este hecho está anotado por muchos autores, lo que tiene fácil explicación; así, por ejemplo: en una luxación inferior queda la cabeza del femur sujeta por la *cornisa* que le presenta el reborde cotiloideo y la extremidad queda alargada posiblemente en unos 5 centímetros, como pude comprobar en un luxado de esta especie con motivo de un traumatismo en un *tren* de ferrocarril; en cambio, cuando la cabeza sube por encima del reborde cotiloideo superior y se coloca entre las masas musculares, como no tiene punto sólido de apoyo, sube y baja en la progresión y cambia mucho la longitud de la extremidad — medida por los procedimientos de Briant y Giraud-Teulon — según que el enfermo esté de pié ó en decúbito supino.

En el enfermo á que hago referencia practiqué la reducción cruenta y quedó la extremidad con la misma longitud y algunos movimientos, si bien limitados.

En la actualidad tengo en la clínica á un joven, de oficio *picape-*

drero, el que haciendo un gran esfuerzo, se luxó la extremidad inferior derecha, colocándose la cabeza inferiormente.

Tomóse por dolor reumático y se emplearon todos los medios que en estos casos se recomiendan. Pasaron cinco años. Hoy tiene el operado veinticuatro. El enfermo apenas podía andar sino con grandes dificultades. La cabeza del femur fijamente adherida á la parte inferior de la cavidad cotiloidea; la pelvis inclinada hacia la derecha 2 centímetros y medio; una curvadura de compensación en la región lumbar; el femur derecho 3 centímetros más largo que el izquierdo y en dirección hacia afuera. El enfermo, al andar, tenía que apoyarse directamente en la extremidad izquierda, que estaba más nutrida que la derecha. ¿Qué hacer en este caso? Poner al descubierto la cabeza del femur, que estaba completamente soldada á la pelvis, cortar con la sierra de Gigli — en línea oblícua — por la base del trocánter mayor, en cuya operación, que fué bastante laboriosa, se rompieron dos sierras, pero teniendo la suerte de encontrar siempre el surco lineal de sección. La cabeza del femur y cuello fué separada con gubia y martillo. Entonces la superficie de sección oblícua del femur la coloqué en la cavidad cotiloidea y apliqué un vendaje de yeso, después de aplicar un tubo de desagüe, sutura y apósito.

Hoy lleva una *férula*, pues se presentó un punto de supuración y hubo necesidad de cambiar el aparato.

El operado está apirético, pero tuvo en los primeros días, por la fiebre traumática y la infección, hasta 39° de temperatura.

Es de esperar que este enfermo quede en buenas condiciones, con su pierna recta, para poderse dedicar al trabajo (1).

No he practicado nunca la reducción incruenta de las luxaciones congénitas coxofemorales, pues en nuestro país esta clase de deformidades no es tan frecuente como en el extranjero, según he podido observar en varias clínicas.

En algunos casos de luxaciones osificadas están perfectamente indicadas las *osteotomías cuneiformes*, que he practicado algunas veces con buen resultado. Las *neartrosis* de Rhea-Barton, nunca las he intentado, por tener la convicción que es una operación muy problemática.

(1) En el día de la fecha, 10 de diciembre, este operado tiene la cicatrización completa y puede andar con un bastón; habiendo quedado la extremidad recta y en buenas condiciones para la progresión fisiológica, aunque con movimientos de flexión limitados.

LA SUGESTION DURANTE EL SUEÑO NATURAL

POR EL

DOCTOR D. ANTONIO GOTA

Exmédico numerario, por oposición, de la Beneficencia Provincial de Zaragoza.

La psicoterapia ha alcanzado en nuestros días su derecho á la existencia. Esta rama especial de la biología ha sabido imponerse al mundo científico por la variedad, por la multiplicidad y por la estabilidad de sus efectos curativos. Son sus principales medios de acción de un valor inestimable.

La sugestión directa en el estado vigil y la indirecta—medicamentos, electricidad, hidroterapia, ciertas maniobras, etc.—nos dan éxitos innegables. La sugestión durante el sueño artificial, es la mejor medida, el procedimiento heróico que nos permite obrar con entera eficacia sobre el paciente, en una palabra, es el medio merced al cual se obtienen más positivos resultados. Dicha sugestión casi siempre puede llevarse á la práctica, aun en los casos más rebeldes.

El sujeto así sugestionado, queda en un marcado estado de hipotaxia—según el sabio especialiasista Durand de Gross—aspecto especial de la vida del espíritu en que no puede distraerse, ni opone la menor resistencia á cuanto su Profesor le ordena, muéstrase sumiso y docil y en tal condición de maleabilidad, que la ideoplastia realizará en él maravillosas curaciones.

En este particular aspecto de su vida moral, aplican los psicoterapeutas la conveniente ortopedia mental.

Una de las principales preocupaciones de los hipnotistas es, en la actualidad, la de procurar sumir en el sueño provocado lo más pronto posible y con la mayor facilidad, más número de individuos de los que comunmente se hipnotizan; y al objeto han ideado nuevos aparatos tan ingeniosos como variados, tratando de perfeccionar su técnica (1). Pero todo ha sido en vano. La manera de conguir tales ventajas es la sugestión durante el sueño natural, prodimiento fácil, acerca del cual, apenas se ha publicado algo que ɜreciera la atención de los que se consagran á los estudios psicogicos.

1) Varios han sido los aparatos que presentaron los profesores Bellemare, Berillón, Watean, Berdin y Samuel, al Congreso Internacional de pnotismo de París, en agosto de 1900.

Como gran número de enfermos no llegan á ser hipnotizados por completo, á pesar de los insuperables esfuerzos de una porción de hipnotistas y otros muchos, rehusan dejarse hipnotizar mostrando respecto del sueño artificial ciertas ridículas creencias, ú otras prevenciones injustificadas, nos permitimos hacer algunas indicaciones relativamente á estas dos categorías de enfermos, á quienes podremos beneficiar con la sugestión *sómnica*.

***

Alguna experiencia nos pone de manifiesto la eficacia de la sugestión en el sueño natural. Sugestión poco practicada, que debemos aplicar en todos aquellos casos de manifiesta causa psicológica.

La sugestión realizada *d'emblée* al oído de la persona que acaba de dormirse con sueño natural, suele darnos pésimos resultados. La razón de esto es muy sencilla. Ora se despierta el sujeto porque se impresiona desde que formulamos la sugestión verbal, ora continúa profundamente dormido y ajeno por tanto á cuanto á su alrededor ocurre. Al contrario, si preparamos antes de practicar al paciente la sugestión activa hablándole al oído con cuidado, nuestras frases entonces no sólo no habrán de interrumpirle el sueño, sino que lograremos nuestro objeto, es decir, aplicarle la terapéutica psíquica necesaria, en virtud de procedimientos tan delicados como ingeniosos, que exigen de parte del profesor mucha perseverancia y circunspección.

Téngase presente esta mi apreciación personal; el estado de hipotaxia que hayamos determinado con las maniobras sugestivas, ejecutadas de un modo uniforme, exclusivo y continuo, se llevará á cabo mediante la conservación de una sola sensación, la auditiva.

Hé aquí, en tesis general, la técnica que preconizamos, con tanta más confianza cuanto las leyes psicológicas la legitiman y los éxitos terapéuticos, la jistifican con copiosa suma de datos.

Distinguiremos varios tiempos en la sugestión sómnica.

PRIMER TIEMPO

Por la noche cuando acaba de dormirse el paciente, penetramos en su cuarto sin hacer el menor ruído y nos detenemos á unos dos metros de su lecho. En voz baja, casi sin oirse y con ritmo lento y monótono, comenzamos á articular las dos sílabas *duer.....me.....* ó *duer.....ma.....* que insistentemente repetiremos todo el tiempo necesario. Poco á poco nos aproximamos al sujeto hasta llegar á la dis-

tancia de unos 15 centímetros de su oído, sin dejar un solo momento de pronunciar los sílabas citadas, con el mismo tono.

SEGUNDO TIEMPO

Seguimos articulando las mismas sílabas con uniformidad y alzamos la voz al cabo de cinco minutos.

¿Qué sucede entonces bajo el punto de vista psicológico?

La sensación auditiva, antes vaga y apenas perceptible, se afina, tornándose más neta y pasando de la penumbra á plena luz. La excitación sensorial en el enfermo producida por el *duer.....me....*, no cesa de ser mantenida y acrecentada progresivamente. Mas viva de cada vez la sensación referida, llega á hacerse preponderante y ahoga las demás representaciones mentales del sueño delirante ó no.

TERCER TIEMPO

Insistimos en repetir las mismas sílabas *duer.....me.....* con intensidad no más creciente, pero mantenidas con intención constante. La vida mental del sujeto, vacía entonces de casi toda idea, permanece en un estado de docilidad y receptibilidad, que favorece la influencia sugestiva. Lo propio sucede en el sueño hipnótico. Este *oligoideismo* da lugar á un *anideismo* que redunda en favor de las sugestiones curativas.

Pero ¿cómo debemos entender ese poder de provocar el estado de receptibilidad? ¿En qué instante advertiremos dicho estado? ¿Qué caracteres nos lo harán reconocer?

Si tratamos de hacer sincrónicas las consabidas sílabas *duer.... me.....* con los movimientos respiratorios del paciente, veremos al cabo de cierto tiempo que, modificando el ritmo de esas sílabas, cambiará también el ritmo de su respiración. Ahora bien, en este momento preciso en que podemos obrar á voluntad sobre el sujeto acelerando ó retardando su ritmo respiratorio, conforme aceleramos ó retardamos el ritmo vocal, se halla aquél á punto de que se le sugestione.

El período preparatorio ha terminado; enseguida se inicia la fase verdaderamente activa del fenómeno psicológico.

CUARTO TIEMPO

Varían los efectos de las sugestiones curativas, según las condiciones psicológicas del sujeto y la naturaleza de sus fenómenos morbosos. En especiales casos, se imponen sugestiones determina-

das, pero no insistimos en esto, porque más bien tratamos en el curso de este trabajo de exponer una técnica general.

Llegados á este punto, haremos las sugestiones encaminadas á robustecer la voluntad de los enfermos; tratemos de que duerman desde que nos separamos de su lado, hasta una hora convenida; que dejen de ejecutar cualquier acto que pueda oponerse á su salud; vayamos modificando su carácter, sus costumbres, su manera de ser y, en una palabra, procuremos que las precitadas sugestiones constituyan valiosos elementos de tratamiento médico en un buen número de casos.

Será perjudicial para el paciente hacer muchas sugestiones en una misma sesión, so pena de provocar un especial estado morboso, manifestado por crispatura del rostro y un indefinido malestar.

Llevaremos á cabo las sugestiones expresándonos con toda claridad, en frases breves, muchas veces repetidas, pero reducidas al mínimun de tiempo.

Hablemos al oído del durmiente despacio, para que las sugestiones ejerzan una acción más decisiva.

QUINTO TIEMPO

No descuidemos el final de cada sesión. Sugestionemos al individuo con preferencia un sueño tranquilo y no empleemos el tiempo en otra cosa, que, en captarnos á todo trance la voluntad de aquél.

***

¿Cuánto tiempo debe durar cada sesión?

Sobre este punto no podemos establecer una regla precisa, porque varían las circunstancias en que se encuentra cada sujeto al someterse á nuestra intervención. Si el tiempo que ha de durar cada sesión debe dejarse á la iniciativa del *psicoterapéuta*, entendemos, sin embargo, que no conviene prolongarla más de media hora. La conducta de éste, será distinta, según se hallare descansado el paciente, fatigado, plácido, bajo la influencia de un sufrimiento moral ó se hubiere obtenido positivo ó nulo resultado con las sugestiones precedentes.

***

Antes de terminar quisiera manifestar mi criterio respecto de la sugestión sómnica en el tratamiento de las vesanias.

Existen ciertas formas de alienación mental—entiéndase bien, no todas—que por ofrecer una misma causa psicológica, parecen sus-

ceptibles de mejorarse y aun de curar, en virtud de la precitada sugestión, y así es. Desgraciadamente los locos no acostumbran á ser hipnotizables ni sugestionables; no obstante, no debemos admitir esta afirmación en absoluto (1), porque gracias á una gran perseverancia, muchas veces se ha conseguido sumir un determinado número de alucinados en el sueño hipnótico, á beneficio de cuyo medio se obtuvieron curaciones radicales, ó alivios más ó menos duraderos.

A los profesores Jules Voisin y Paul Farez, les cupo la satisfacción de ser los primeros en librar de la reclusión perpétua á enfermos reputados por otros Profesores como incurables.

En una comunicación presentada por el psicólogo belga Van-Eden en 16 de julio de 1901, en la décima sesión anual de la Sociedad de Hipnología y Psicología de París, consta una curiosa estadística relativa á algunos alienados, cuyo tratamiento sugestivo se remontaba á medio, uno y aun dos años, resultando de 29 dementes, curados 9.

Especialistas como Séglas, Dufour, Tokarski, Erbs, Grasset y Dejerine, á quienes jamás les había ocurrido sugestionar á locos, después de la conferencia dada por el Dr. Manfroni en la Sociedad de Antropología de Turín en 28 de diciembre de 1904, acerca de la sugestión durante el sueño natural, aplicaron el tratamiento *psicoterápico* en dicho estado, y se convencieron de su eficacia en ciertas vesanias.

La estadística aportada por una porción de Profesores al Congreso de Hipnotismo de Munich último, arroja la enorme cifra de 42 curaciones de locuras por el procedimiento que nos ocupa.

Presentamos de nuestra clínica privada á José Antonio Jiménez de Buen, natural de Brihuesca, de veinte años de edad, estudiate de último año de veterinaria y domiciliado en esta población, San Pablo, 87; que por estar afectado de *locura persecutoria*, hacía nueve meses que se hallaba incapacitado para conciliar el sueño, y practicado el precitado tratamiento sugestivo, durmió perfectamente á la sexta sesión.

El celebrado psiquiatra americano Dr. Eli Broodvak, en *The Journal of Mental Pathology* del 1.º de junio de 1903, asegura que de cada 100 alienados pueden ser perfectamente sugestionados 11, propor-

(1) En nuestra práctica privada, hemos conseguido hacer dormir mediante las prácticas sugestivas á dementes que no pudieron llegar á conciliar el sueño mediante meses y aun años

ción considerable si se tiene en cuenta que los dementes siempre se han considerado refractarios á las prácticas sugestivas. Hemos de considerar también que el ínfimo número de pacientes que son llevados á las clínicas especiales de enfermedades nerviosas por una parte, y por otra, la oposición de los médicos en general á la psicoterapia, hace que muchos alienados no sean tratados por la sugestión, bajo sus diversas formas y, sobre todo, por la *sómnica*.

Si el demente en estado de vigilia se nos presentara abiertamente hostil á las sugestiones curativas, si rehusara toda intervención terapéutica, si no se dejara dominar por nuestra voluntad, no debemos insistir con él; perderemos un tiempo precioso, y las maniobras puestas por nosotros en práctica, le exacerbarían é impacientarían; pero si permanece indiferente, no ofrece un espíritu obcecado y no es muy distraído, recurramos á la psicoterapia, con la que obtendremos éxitos seguros en algunos casos.

Tratemos al demente—mientras duerme con sueño natural—con una técnica estudiada, que aplicaremos con cierta delicadeza y por un tiempo más ó menos largo. Las sugestiones serán simples, sin complicaciones y fáciles de llevar á la práctica. Así es como podrán ejercer su influencia sobre los alienados, tratamiento moral, sea paliativo, sea curativo, con cuya práctica cumpliremos con nuestros deberes profesionales.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. ¿ESTÁ Ó NO DEGENERADA LA RAZA LATINA? Por el Dr. D. Antonio Muñoz Ruiz de Pasanis. Madrid, 1905.

II. PROTECCIÓN Á LA INFANCIA, por el Dr. D. José Huertas. Málaga, 1905.

III. PENSAMIENTOS, MÁXIMAS Y CONSEJOS ANTIALCOHÓLICOS, por el Dr. D. Miguel Casañet. Madrid, 1905.

I

Acerca de este asunto ha dado el autor dos notables conferencias en la Academia Médico-Quirúrgica, y más tarde ha coleccionado en un folleto cuantos pensamientos allí desarrolló respecto del tema enunciado. Estudia la individualidad y la evolución en el espacio orgánico y en el tiempo, la inestabilidad de la materia y la irritabili-

dad, para fundamentar su opinión en estos atributos esenciales de la organización, que le permiten, con sus conocimientos de fisiología general, señalar el estado actual del individuo, de la especie y de la raza. Estudia también las condiciones sociales de la actualidad, y sienta la idea de que la enfermedad que constituye nuestra actual decadencia está en una perturbación de la voluntad más que de la inteligencia.

Las causas del mal que existe son, á juicio del autor, de índole moral y de índole física. De estas últimas son los alimentos alterados (alcohol y otras substancias), y especialmente el tabaco, dedicando á su uso y perniciosos efectos, un hermoso capítulo, en el cual el Dr. Ruiz de Pasanis demuestra un profundo conocimiento de este agente y de sus efectos en el organismo.

Hemos leído con deleite este trabajo, que revela erudición por parte del autor y encierra gran enseñanza.

II

Este folleto se ha publicado para dar á conocer la brillante conferencia dada por su autor en la Sociedad de Ciencias Físicas y Naturales de Málaga. Es tan alarmante la mortalidad infantil en esta población, que cuantos asuntos se relacionan con este problema revisten extraordinario interés. Tratada la cuestión por el Dr. Huertas en la forma clara, persuasiva y razonada que lo hace, el interés crece y despierta la simpatía que se busca en favor de este problema, sobre el cual los sociólogos y médicos tienen puesto su interés predilecto. Esperamos que así lo consigan cuantos se afanan por el bienestar de la clase infantil, contribuyendo en forma tan brillante como lo hace el autor de este folleto.

III

Varios son los trabajos encaminados á tratar de resolver la cuestión social que entraña el alcoholismo. Todos tienen su nota original en cuanto de modo práctico tratan de satisfacer el fin á que aspiran, pero en éste del Dr. Casañet se ve tal sencillez, que atrae la lectura por su forma aforística, con el objeto de hacer conocer al niño, al hombre y á las autoridades, cuáles son los peligros tan transcendentales del abuso del alcohol, y sobre todo, su importancia como mal físico y social.

El trabajo está muy bien hecho y demuestra el conocimiento que el autor tiene de la materia que estudia.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 4 de Diciembre de 1905.

Un caso de esplenectomía. (*Continuación*). — El Dr. González Campo : El caso expuesto por el Dr. Castillo Ruiz es muy interesante, porque suscita la discusión de la especie morbosa creada por Banti el año 1894. Opina como el Dr. Yagüe, contrariamente al Dr. Castillo, que no debió pensarse en sarcoma de bazo por la rareza de la afección, por su marcha rápida (aquí fué lenta) y por la existencia de dolor espontáneo y á la presión (que aquí faltó). Pero tampoco participa de la opinión de Yagüe en lo que se refiere á la ectopia primitiva como causa de trastornos en la irrigación sanguínea, productores de su hipertrofia, porque al extirparlo se encontró un corto pedículo que impedía la dislocación del órgano. En la enfermedad de Banti el bazo llega á tener 1.000 á 1.500 gramos, en contra de lo que aquí se ha dicho; pero González Campo tampoco cree que se trataba de esta enfermedad, caracterizada, según Banti, por anemia con trastornos digestivos, gran hipertrofia del bazo, con atrofia hepática sucesiva y ascitis, porque en este caso faltaban los trastornos dispépticos y las hemorragias gastro-intestinales, que, según Sénator, existen siempre. En cuanto á si estaría ó no indicada la esplenectomía en la enfermedad de Banti, dado que es intestinal su origen, él aporta la propia opinión afirmativa de Banti y de Maragliano. En el caso presente cree que ha debido tratarse de una esplenomegalia idiopática, grupo de patogenia desconocida, lo cual no es de extrañar, ya que la fisiología del bazo tampoco se conoce bien. En cuanto á la tuberculosis miliar aguda que apareció después, cree que con los datos aportados por el Dr. Carrillo no se puede formar juicio.

El Dr. *Goyanes* insiste en lo injustificado del diagnóstico de sarcoma. Este diagnóstico hay que formularlo cuando, como en una enferma que tiene en la actualidad, además del rápido aumento de volumen, hay dolor espontáneo y provocado y algo de caquexia. Es también de opinión de que en el caso del Dr. Castillo Ruiz se trataba de una esplenomegalia primitiva y no de enfermedad de Banti, pues como han dicho ya otros señores, no existían los síntomas que hay en esta enfermedad. Lo interesante hubiera sido que el Dr. Castillo se extendiese en consideraciones, siempre importantes, de las alteraciones hemáticas antes y después de la operación. El aumento post operatorio de glóbulos rojos es debido á que faltó el bazo, órgano destructor de ellos; la existencia de glóbulos rojos nucleados demuestra que en la médula ósea se ha provocado gran hiperactividad para compensar la falta del bazo, y recuerda, en comprobación de esto, el caso de un cirujano alemán que encontró la médula ósea del femur de un viejo, esplenectomizado anteriormente, roja, fetal, en vez de tener los caracteres de la médula

de viejo. El aumento de glóbulos blancos indica gran actividad de los ganglios linfáticos.

La técnica empleada es la corriente y fué perfecta. El Dr. Goyanes, en dos extirpaciones de bazo que ha practicado, ha visto mejorar la cirrosis hepática concomitante.

El Dr. *Castillo y Ruiz* rectifica, dando las más expresivas gracias á los señores que han intervenido en el debate, y lamentando que de la discusión no haya resultado la luz que él esperaba. Se ratifica en su creencia de que se trata de un caso de enfermedad de Banti, leyendo el artículo de *La Médecine Scientifique* y comparando los síntomas que acusa el primer período de la enfermedad de Banti y el síndrome de su enferma. No ve la absoluta indicación que el Dr. Bravo le da á los bazos ectópicos, excepción hecha de los leucémicos, que no deben intervenirse, en lo cual concuerda con el distinguido cirujano del Hospital General, pues la torsión del pedículo de un bazo es tan excepcional que no tiene comparación con los quistes ováricos, pues el pedículo esplénico es tan enormemente ancho que no da lugar á que se produzca aquélla sino en excepcionales circunstancias. Refuta la opinión de los Dres. Yagüe y González del Campo respecto á que se trate de una megalosplenia idiopática, pues su enfermo entra de lleno en el síndrome de Banti. Finalmente contesta al Dr. Goyanes diciendo que no ha hecho comentarios del examen hematológico, pues no lo estimaba necesario por no haber ocurrido en esta enferma nada distinto de lo que acontece en todos los esplenectomizados.

Un caso de parálisis facial de origen auricular curado con la intervención operatoria.—El Dr. *G. Tapia:* El caso que presenta es, según él, interesante por una serie de incidentes ocurridos en el curso de una otitis vulgar, y por el satisfactorio resultado obtenido con la intervención. Erase una joven de veintidós años, sirviente, que había padecido hace un año otitis aguda del oído derecho, consecutiva á un coriza, pero en vez de terminar por la curación tendió á la cronicidad, y se estableció una supuración escasa, pero pertinaz, que le obligó á ponerse en tratamiento. Algo anómalo existiría, sin duda, cuando el especialista que la cuidaba le propuso varias veces una intervención de importancia y otras tantas desistió de hacerlo; ello es que de vez en cuando se le presentaban dolores y vértigos y que la supuración no cedía. La variabilidad de opinión respecto al tratamiento, razonada indudablemente, pero que ella no lo interpretó así, le obligaron á ir á su Clínica, lo que hizo el día 11 de abril.

Tratábase de una joven sin tara orgánica alguna ni antecedentes patológicos, pero de constitución muy pobre. Alguna vez tenía hemicránea, no muy intensa ni persistente, del lado correspondiente á la lesión auricular; os ruidos que en el oído enfermo sentía eran constantes, y de vez en cuano era acometida de una sensación vertiginosa que no llegaba á traducirse n vértigo. Esto en cuanto á lo subjetivo. El examen auricular dió el realtado siguiente: tímpano derecho ligeramente rosado, con una perforaión del tamaño de una lenteja, y de bordes lisos, situada en el cuadrante osterior superior. A través de ella apreciábase un verdadero racimo de angosidades pequeñas, situadas detrás y paralelamente al mango del marillo en la región de la rama vertical del yunque, ocupando su sitio ó en-

volviéndola como un manguito, y llegaban hasta el ático. La exploración con el estilete de la pared interna de la caja y del techo no reveló hueso denudado; verdad es que en la exploración del techo no quiso insistir por ser innecesario y peligroso. Los lavados exploradores con la cánula de Hartmann no demostraron retención purulenta y ocasionaban vértigos. La supuración era muy escasa, y, como suelen serlo casi todas las de oído, fétida y á veces teñida de sangre.

El examen de la audición era el siguiente: disminuída en el lado enfermo, donde no entendía la voz de cuchicheo á mayor distancia de 40 centímetros, y no tenía laguna alguna para los sonidos altos ó bajos. La prueba de Weber, que consiste en colocar el pié del diapasón vibrante en el vértice de la cabeza, para ver cual oído percibe mejor la vibración, dió por resultado que del lado enfermo la oyera más, lo que indica que el aparato de transmisión de los sonidos no está normal. La prueba de Rinn era negativa; esta prueba consiste en aplicar el pié del diapasón á la mastoides; cuando deja de percibirse se separa, y acercando luego sus ramas al pabellón del oído aún se oye si el aparato de transmisión está sano. Entonces se dice que el rimo es positivo, y si, por el contrario, al dejarse de oir por transmisión aérea se oye aún por transmisión craneal, se dice que es negativo. No ha hecho más pruebas porque casi ninguna tienen valor práctico.

La mastoides jamás dió señales de protesta; la nariz, faringe nasal, la trompa, los ganglios, todo se hallaba en perfecta normalidad.

Hizo el diagnóstico de caries del yunque y aticitis, dada la presencia de fungosidades del ático. Como es natural, el tratamiento estribaba en hacer la extracción de los huesecillos y raspado de la caja, no sin antes intentar, por breve espacio de tiempo, el tratamiento conservador, con el cual inició-se la mejoría.

Como se vé, hasta aquí nada tiene de particular el caso.

Una tarde de los primeros días de mayo recibe el Dr. Tapia aviso urgente porque la enferma estaba muy grave, y, en efecto, el cuadro clínico no podía tener apariencias más aterradoras: la enferma tenía vómitos fáciles, como los cerebrales, y muy frecuentes, vértigos tan intensos que ni siquiera podía incorporarse para realizar el vómito, fotofobia, fonofobia, excitación grande, insomnio, pulso algo lento, cefalalgia del lado enfermo, aunque no muy intensa y sin localización precisa. Realmente estos síntomas en una enferma de oídos eran alarmantes. ¿Eran dependientes de la lesión auricular? Evidentemente, aunque el aspecto del tímpano no cambió y el pus seguía desaguando como antes. Pero era preciso no precipitarse y darles su verdadero valor; no había fiebre; el dolor de cabeza no estaba localizado ni era muy intenso; las pupilas, de tamaño normal, reaccionaban bien; no había convulsiones ni parálisis. Esto le hacía desechar la existencia de un absceso extradural ó de una meningitis. Todos sabemos cuán frecuente es el absceso cerebeloso por lesiones auriculares, y aun cuando la sintomatología laberíntica se parece mucho á la cerebelosa, la falta de fiebre y de dolor intensísimo en la zona correspondiente, que es el síntoma más constante del absceso cerebeloso, le hizo desechar tal idea; tampoco había nistagmus, pero esto no era de valor, porque en lesiones laberínticas se presenta y falta en lesiones evidentemente cerebelosas.

Por esto pensaba Tapia que aquello fueran fenómenos de meningismo ó de laberintismo, que por recaer en una joven que respondía vivamente sin grandes fenómenos nerviosos, tenían aquella apariencia tan aparatosa. Por otra parte, faltando orientación fija adonde dirigir la terapéutica operatoria, le pareció lo más prudente esperar con mano armada y dar bromuro y cloral.

Y, en efecto, después de cuarenta y ocho horas de semejante estado, todo fué cediendo, y el cuadro parecía esfumarse, dejando sólo como vestigio algunos vértigos muy moderados. Todo hacía esperar que el proceso se iba normalizando, cuando en unas cuantas horas se estableció una parálisis facial total y periférica del mismo lado. Nuevo episodio que venía á complicar el proceso, pero á explicar la patogenia de los fenómenos anteriores; en efecto, la porción horizontal del facial tiene relación de próxima vecindad (presentó dos bonitas preparaciones anatómicas para demostrarlo) con el conducto semicircular externo, y era natural pensar que la misma lesión causante de los fenómenos laberínticos originó después la parálisis facial.

Advierte el Dr. Tapia que no presentó el fenómeno *ojo de resorte*, que Bonier ha visto en casos análogos y que él explica por el influjo que el laberinto ejerce en los nervios motores del globo ocular. Ahora bien, ¿qué lesión era ésta? Podría ser una caries de la pared interna de la caja, pero la exploración con el estilete fué negativa; podría tratarse de fenómenos congestivos del laberinto y del canal del facial, etc. Ello es que las lesiones no debían ser muy extensas, porque aunque disminuída, se conservaba la audición craneana; no obstante, la indicación de intervenir era clara y urgente, no sólo para intentar curar la parálisis facial, sino también curar la otorrea crónica, siendo tal vez preciso hacer la operación radical.

Varios caminos podían seguirse: 1.°, hacer una trepanación en el sitio de elección y caminar, á lo Swartze, hacia adelante para poner al descubierto el aditus y el ático; 2.°, comenzar rebatiendo el muro del alojamiento de los huesecillos, á lo Stacke, y seguir hacia atrás descubriendo el aditus y el antro; 3.°, comenzar, á usanza de Wolf, Moure, etc., en la espina de Henle, para caminar hacia adelante y hacia atrás. La ausencia de mastoiditis, probada por la escasez de la supuración y la falta de dolor; y la lesión evidente del ático, me dirigieron en el sentido de comenzar por el ático para progresar de lo conocido á lo desconocido, del sitio enfermo al sitio sano.

Así se hizo: se extrajo el martillo, que estaba sano, y el yunque, que apareció lesionado; después se introdujo el protector de Stacke para destruir el muro, y en aquel preciso momento se produjo una gran contracción de los músculos de la cara. El ático apareció fungoso, y cada vez que con la cucharilla se raspaban las fungosidades, producíase nueva contracción muscular; era preciso caminar suavemente hasta llegar á limpiarlo bien, y entonces se vió el facial dehiscente y libre ya de compresiones: no había caries de la pared interna de la caja. Siguióse hacia atrás, descubriendo el aditus, hasta ver que las fugosidades no existían ya, y aquí se dió por terminada la operación. Al despertar del cloroformo la paciente sólo tenía muy ligera paresia. A los tres días se acentuó la parálisis facial; levantóse la cura, y la parálisis desapareció para no volver: los exudados habían

comprimido el facial. Debo hacer notar que gran parte del éxito obtenido corresponde á los Sres. M. Melgar y Pallarés, que cuidaron de la hemostasia, principal maniobra en estos casos.

Varias enseñanzas se pueden sacar de este caso:

1.ª Cómo una lesión relativamente pequeña ha producido síntomas tan intensos y tan persistentes de apariencia cerebral, lo cual contrasta con otro caso de un niño (autopsiado por el Dr. Goyanes y por él) que tenía enormemente lesionado todo el peñasco y absceso extradural, sin haberse manifestado un solo síntoma cerebral.

2.ª Es de notar, y esto lo cita en apoyo de lo sostenido por el Dr. Goyanes, cómo faltando la cuerda del tímpano, que se destruyó con la operación, persistió la sensibilidad gustativa de los $^2/_3$ anteriores de la lengua.

El Dr. Botella: El caso presentado por el Dr. Tapia es de los que diariamente estamos observando. Aquellos síntomas que tanto alarmaron no fueron sino los mismos que desaparecen cuando puncionamos el tímpano en una otitis. No es posible confundir una laberintitis con un absceso cerebeloso, y él ha visto con el Dr. Cisneros un caso de absceso cerebeloso sin fiebre; de modo que la falta de fiebre no dice que no pueda haber absceso. La parálisis facial, en lo que respecta á desaparecer con la operación, es igualmente frecuente.

Respecto al signo de Rinne, el Dr. Tapia, que está harto de ejecutarlo, ha cometido un *lapsus lingüe:* es negativo el Rinne cuando la audición craneana es mayor que la aérea, y positivo cuando es mayor que la aérea, que es lo normal.

Cree que no hay inconveniente en explorar el ático con el estilete.

Dice que han podido hacerse las pruebas de Stein para los laberínticos.

El Dr. *Rueda* juzga de mucho interés el caso presentado por el Dr. Tapia, y le parece muy digna de alabanza la prudencia diagnóstica y terapéutica con que procedió en este caso. Hizo bien en no trepanar la mastoides, pero en realidad, no se puede saber de antemano si estaba sana, y fué una suerte encontrarla así; es indudable que el método empleado, es decir, seguir de delante á atrás, de lo enfermo á lo sano, se compagina muy bien con los preceptos de la cirugía conservadora. Claro es que la suerte grande en este caso fué el encontrarse con el facial sin destruir, ni siquiera lesionado. Refiere Rueda un caso muy parecido, en el cual, á través de una perforación del cuadrante posterosuperior, asomaba una fungosidad; había caries del yunque y también presentaba fenómenos de laberintismo. Todos los trastornos desaparecieron con la intervención; pues bien, si en este caso el facial hubiese estado dehiscente y comprimido por fungosidades, el caso sería del todo igual al del Dr. Tapia.

El Dr. *Sterling* no ha oído decir al Dr. Tapia si existía ó no caries de la pared interna de la caja; él cree que debía existir al estar lesionado el facial, pero cree que, de no estarlo, habría bastado para obtener la curación la extracción de los huesecillos y el raspado de la caja, sin necesitar la aticotomía.

El Dr. *Tapia*, contestando al Dr. Botella, insiste en que su caso ofrece interés por la infrecuencia de los incidentes ocurridos y por su terminación. Cita en su apoyo la opinión del Dr. Luc, á quien refirió este caso en París,

y la estadística de Moure; los accidentes aquéllos no se produjeron por retención puesto que el oído siguió desaguando y su aspecto no varió. Dice que el síndrome cerebeloso y laberíntico son muy parecidos, y se lo explica dada la gran relación anatómica y fisiológica de cerebelo y laberinto; pero que él no creyó, por las razones que expuso, que se tratara de lesión del cerebelo. Cuanto al signo de Rinne, él cree que lo ha expresado tal como es; pero es de tan vulgar conocimiento entre los especialistas, que no vale la pena insistir en ello.

Cuanto al Dr. Rueda, le agradece mucho su intervención en este debate y se complace en haber oído su autorizada opinión. A pesar de juzgar que la mastoides estaba íntegra, no olvidó la opinión de Rueda, sostenida en memorable discusión, en que afirma que casi siempre que hay pus en la caja, lo hay en el antro; tanto es así, que pensó hacer antrotomía, pero que no siguió adelante en vista de su perfecta normalidad. Efectivamente, dice, el caso expuesto por el Dr. Rueda es muy semejante al suyo, aunque para ser en todo igual le faltara tan sólo la parálisis facial.

Cuanto al Dr. Sterling, repite que ha dicho que no había caries de la pared interna de la caja, y cuáles han sido las razones de la aticotomía, la patogenia de la parálisis y la razón de su curación.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 6 de Diciembre de 1905.

Operación cesárea seguida de histerectomía. — El Dr. *García de Arias* da las gracias á los señores socios que han intervenido en la discusión del caso presentado por él y contesta á las observaciones que se le han hecho por dichos señores. Estudia los caracteres anatomopatológicos de las estrecheces úterovaginales de origen traumático (generalmente el parto), haciendo omisión de las producidas por infecciones exantemáticas agudas (viruela, sarampión, etc.), porque no cuadran al caso presente. Describe la disposición y estructura del aparato genital de su operada, manifestando que, puesto que la longitud de la vagina era la de 4 centímetros y la histerometría dió 5 centímetros, resulta una capacidad volumétrica mucho más pequeña que la que corresponde á la normal (10 centímetros de vagina y 7 á 8 centímetros cavidad uterina, media de las multíparas). Compara la forma de la vagina en estado fisiológico á la de un cono truncado, cuya base corresponde á la parte más alta y el círculo más pequeño al orificio vulvar hace notar que en su enferma sucedía lo contrario; la vagina tenía la orma de un cono perfecto, no truncado, pero cuya base era la abertura ulvar y su punta el pequeño orificio que daba acceso al útero. Que este ltimo no tenía cuello y que no existía más que un anillo de tejido cicatrial duro, inextensible, incapaz de dejar paso libre al feto, porque la imbibición y reblandecimiento propios del estado de gestación no habían producido sus efectos bienhechores en este tejido; por esta razón cree que no hubieran servido de nada las incisiones de Dürhssen ni otras. Aunque su-

pone de poca utilidad en esta señora las mediciones de su pelvis, como las dos veces que reclamaron sus servicios fueron porque los accidentes eran de urgencia suma, no podía entretenerse en averiguar los diámetros pélvianos. A la pregunta del Dr. Soriano de por qué hizo histerectomía subtotal, contesta que teniendo la enferma sólo 4 centímetros de vagina, si hubiera hecho la total, por lo menos se habría restringido la longitud de aquel conducto en 1 centímetro quedando, por lo tanto, inhabil para sus funciones conyugales. Termina haciendo un paralelo entre la operación de Porro y la histerectomía subtotal, y encarece el procedimiento que sigue Kelly al extirpar el útero infectado.

El Dr. *Castillo* relata dos casos clínicos de tocología; uno referente á una primípara, cuyo parto duró cinco días, y que cuando ya se hallaba infectada practicó una aplicación de forceps, extranyendo el feto muerto y muriendo asimismo la madre cuatro días después, y otro caso de placenta previa con grandes metrorragias al séptimo mes, y en el cual intervino produciendo el parto artificial rápido (dilatación manual del cuello, versión y extracción del feto muerto), consiguiendo salvar á la madre, quien, en su puerpurio, no tuvo más que una ligera flegmasía alba dolens.

El Dr. *Botella* hace algunas observaciones á este segundo caso, y no habiendo más asuntos de que tratar, se levantó la sesión.

El Secretario de actas,
DR. POLO Y TREMPS.

PERIÓDICOS

Contribución al estudio clínico de los tumores malignos de la nasofaringe. — El Dr. C. Compaired (de Madrid), publica en *La Clínica Moderna de Zaragoza* varios casos inéditos que ha tenido ocasión de observar, y las reflexiones clínicas que los mismos le han sugerido, de los cuales entresacamos algunos, por ser numerosa su observación:

«Nieves Sanz, dieciseis años, de Venezuela (Madrid), sirviente. Ingresó en la Clínica el 21 de abril de 1899.

Hace más de un mes, dice, advertía un abultamiento en toda la parte alta de la garganta, que le dificultaba la respiración, pero que no le producía ninguna molestia para hablar ni para tragar.

Desde hacía tres días, sintió fenómenos como de angina, pero limitando los dolores al hablar y al tragar, precisamente en la tumoración; dificultad para abrir la boca, voz gangosa y aliento fétido.

Diagnóstico. A pesar de los antecedentes acusados por la enferma de la existencia de una tumoración en la porción superior de la faringe oral, pudimos apreciar á primera vista, á través de la escasa abertura que permitía la boca, el aspecto de una amigdalitis parenquimatosa, flegmonosa posterior de Brindel, ó flemón laterofaríngeo.

El mismo día, previa cocainización, le incindí la tumoración, de la que salió tan sólo sangre, comprobando entonces mi error diagnóstico.

Observada con más detenimiento en los días sucesivos, pude formular mi opinión de *sarcoma de la nasofaringe*, sobre el que indudablemente se presentó la complicación de la angina.

Extirpado un trozo, fué remitido al Dr. Cajal, que con fecha 8 de mayo dice textualmente: «Obtenidas finas secciones del producto remitido, sometida á la investigación microscópica previas las operaciones técnicas necesarias, se aprecian elementos embrionarios de forma redondeada, de gran núcleo y escasa cantidad de protoplasma, formando grandes acúmulos entre los que se hallan vasos y algunas formaciones epiteliales de forma más ó menos lobulada. Dada la excesiva proliferación de los primeros y su tipo estructural, consideramos el producto remitido como un *sarcoma de células redondeadas*».

Toda vez que se mantenía abierta la amplia incisión practicada en busca del pus, y aun cuando *con el pesimismo* de siempre en tales casos, decidí operarla por las vías naturales, á cuyo efecto le extirpé, mediante pinzas y cucharillas cortantes, todo lo que pude de neoplasia y de tejidos sanos.

El efecto inmediato fué de gran mejoría.

Durante quince á veinte días fuí destruyendo con la galvanocaustia todos los tejidos sospechosos, mientras se verificaba la cicatrización.

Transcurrido un mes próximamente después de operada, marchó curada al parecer, y digo al parecer, porque ni fío nunca en la curación absoluta y real de tales neoplasias nasofaríngeas (sean sarcomas, sean epiteliomas, y menos éstos todavía), ni volví á saber nada más de la enferma».

«María del Carmen Nicolás, cuarenta y uní años, de Ablanque (Guadalajara). Se presentó en la Clínica el 29 de mayo de 1899.

Tumoración extendida á toda la faringe posterior, región central, empujando hacia adelante ligeramente la úvula, pero dejando algún espacio libre á los dos lados en comunicación con las fosas nasales posteriores. Fecha, tres meses. Causa ignorada.

Escasa molestia al tragar; apenas dificultad respiratoria por las narices; ningún dolor ni espontáneo, ni á la presión, por la que se aprecia cierta blandura igual, pero sin carácter de fluctuación.

Aunque no presentaba ningún carácter, ni el menor antecedente de abceso retrofaríngeo, hice una punción, seguida de amplio desbridamiento, sin salida de pus. Escasa hemorragia. Aprovechando la anestesia local extirpé un trozo para el análisis histológico.

Ausencia de antecedentes sifilíticos.

Diagnóstico. ¿Linfosarcoma? ¿Goma? El tratamiento antisifilítico ó de prueba fué instituído, y localmente los antisépticos y toques con la solución yodoyodurada.

No volvimos á ver la enferma.

El análisis histológico practicado por el Dr. Romero Otal, con fecha 1.° de junio, consigna que se trataba de un linfosarcoma».

«Carlos Lardies, veinte años, soltero, escultor, de Huesca. Ingresó en la Clínica el 1.° de marzo de 1900.

Ha padecido obstrucción de la fosa nasal izquierda desde hace muchos años, sin dolores, hasta el punto que dos años antes le operaron, dice, de un quiste (?) de la fosa nasal izquierda en Almería. Quedó bien durante

algún tiempo (no lo especifica), pero de nuevo volvieron á manifestarse las molestias intranasales de obstrucción y sensación de plenitud ó de estorbo, sensación que nota le llega á la garganta, pero sin alterarle por eso la deglución. No ha tenido rinorragias.

La *rinoscopia anterior* pone de manifiesto una prolongación tumorosa roja, mamelonada, dura al tacto y al estilete, indolente, que obstruye rellenando por completo todas las anfractuosidades de lo fosa nasal, ocultando todas las partes que constituyen aquélla por haberlas destruído ó atrofiado en su creciente evolución.

No se ve pus.

Rinoscopia posterior. La masa tumoral parece implantada en la coana y porción superior del pabellón tubárico, pero sin tener muy ancha base de implantación. Rellena, sin embargo, bastante la cavidad nasofaríngea. Al tacto digital se aprecian los mismos caracteres que hemos descrito existen en la fosa nasal. Parece como si el tumor intranasal fuese prolongación del nasofaríngeo.

La iluminación por transparencia no muestra opacidad del seno maxilar correspondiente.

Diagnóstico. Los antecedentes, edad del enfermo y caracteres objetivo subjetivos nos hicieron diagnosticar el tumor como un fibrosarcoma nasofaríngeo con prolongación intranasal.

Extirpado un trozo de la porción que ocupaba la fosa nasal, mediante el asa galvánica, se envió al Laboratorio histológico, en donde resulta, según el examen, que se trataba de un fibrosarcoma de células redondas.

Le operé el 8 del mismo mes, mediante incisión, siguiendo el surco nasogeniano como para la resección del maxilar superior (incisión del proceder de Demarquay); levanté por completo el ala de la nariz, recliné en forma de colgajo osteoperióstico mediante la gubia el propio nasal y porción ascendente del maxilar, después de haberlo fracturado en sus dos extremos, superior ó de articulación en el frontal, é inferior ó de unión con el cuerpo del maxilar, y de este modo obtuve amplio campo para atacar el tumor hasta en plena cavidad nasofaríngea.

Utilizando el asa fría, pinzas cortantes, tijeras fuertes, etc., etc., logré penetrar hasta la nasofaringe, extirpando no sólo toda la masa tumoral, sino restos de cornete y de porción etmoidal invadidas por la neoplasia. Quedó una gran oquedad que rellené de gasa, después de haberme asegurado de que no había hemorragia.

Esta, que fué abundantísima, pude cohibirla mediante taponamientos de gasa aséptica y aplicaciones extensas y enérgicas de termocauterio.

El 20 de abril salió curado de la Casa de Salud de nuestra Señora del Rosario. Como en los demás, se le hizo la recomendación de volver al curso siguiente.

Posteriormente he sabido persiste la curación».

«Estefanía Jiménez, de Piedrahita (Avila), treinta y tres años, viuda. Ingresó en mi Clínica el 17 de abril de 1900.

Desde mes y medio antes, dice que sufría de gran obstáculo á la respiración por la fosa nasal izquierda, por la que además fluye un líquido, al principio amarillento, y en la actualidad mocopurulento espeso.

Por la rinoscopia anterior se aprecia obstrucción completa de la fosa nasal, debida á una tumoración difusa, englobando el cornete inferior, y se ve salir pus cremoso y fétido en cantidad escasa por el meato medio, apenas permeable.

La rinoscopia posterior y el tacto nos manifiestan que la tumoración desciende algún tanto pediculada, desde la coana correspondiente, en plena cavidad nasofaríngea, mas sin invadirla, al parecer.

En cambio, existen indicios probables de propagación de la neoplasia al seno maxilar.

Iluminación por transparencia. Opacidad completa del seno.

Diagnóstico. Sarcoma de la fosa nasal y cavidad nasofaríngea del lado izquierdo, extendido á la cueva de Higmoro del mismo lado. Extraigo con la pinza cortante un trozo y lo remito al Dr. Cajal para su examen.

Análisis histológico. Con fecha 24 de abril, dice el Dr. Cajal: Obtenidas finas secciones del producto remitido por el Dr. Compaired; sometidas á la investigación microscópica previas las operaciones técnicas necesarias, damos como diagnóstico el de adenosarcoma.

El 2 de mayo la operé en la Casa de Salud, por un método combinado de Rouge y Cadwell Luc, á fin de penetrar á la vez en el seno maxilar, el cual encontré invadido por la tumoración.

Extirpé toda la masa tumoral, englobando el cornete hasta penetrar en la cavidad naso faríngea, extirpé toda la región etmoidal anterior y media, rellené de gasa el hueco quirúrgico y cerré.

Le dí de alta por curación el 20 del mismo mes. El día 21 de junio apareció de nuevo en la Clínica, aquejando molestias en el lado izquierdo de la garganta.

Previo detenido reconocimiento observamos una ulceración de bordes callosos y fondo mamelonado, dura, indolente, con secreción espesa y poco abundante, situada por detrás del pilar posterior, ascendiendo por el pabellón tubárico hasta alcanzar la porción posterior ó coanal del meato inferior. Le dispusimos simples irrigaciones antisépticas, toda vez que estábamos á fin de curso, y toques con la tintura de Thuya occidentalis, y aun cuando *sin ánimos de repetir* ningún otro acto operatorio, le aconsejamos volviese al inaugurarse el curso siguiente, para seguir la observación. No hemos vuelto á saber de ella».

«D. Enrique Cantero, cuarenta y cinco años, de Madrid. Le ví por primera vez el 2 de junio de 1903.

Antecedentes sifilíticos individuales. Desde hace ocho ó nueve años está ciego, habiendo perdido la vista por completo en el intervalo de un año.

Desde hace nueve meses advierte dolor constante á toda la mitad izierda de la cabeza y cuello, impidiéndole conciliar el sueño y casi alientarse.

Tenía un pequeño abultamiento en la pared externa y lateral izquierda cuello, próximamente debajo del ángulo del maxilar inferior (¿ganglio artado?), que creyendo fuera la causa del dolor constante, fué operado r un cirujano sin logra aminorar siquiera el dolor.

Transcurridos pocos días después de la operación, sobrevino dificultad tragar y al respirar por la fosa nasal izquierda, acompañada de sensación

de plenitud dolorosa en el oído correspondiente y aumento de la supuración crónica que tenía en el oído derecho. Tal situación vino á agravar notablemente sus dolores, haciéndose precisas las inyecciones hipodérmicas de morfina.

Entonces fué cuando yo le ví, apreciando una tumoración difusa que rellenando la cavidad nasofaríngea, preferentemente en su lado izquierdo, empujaba el velo del paladar hasta casi llenar media boca y hacía irrupción en plenas fauces, borrando en absoluto el istmo y poniéndose en inmediato contacto con la porción posterior de la lengua. Sin cambio muy marcado de coloración, aparecía con uniformidad difusa, borrándose los contornos, y al tacto tenía una *relativa blandura generalizada*, pero sin ningún carácter de fluctuación.

El tacto retronasal, imposible. La rinoscopia anterior nos demostró una estenosis nasal perfecta en toda la fosa del lado izquierdo, con aspecto congestivo é infiltrado. En el lado derecho el mismo estado, si bien en menor grado.

Oído derecho: Abundante otorrea por otitis media supurada crónica, con grandes y antiguos destrozos timpánicos y fusión semicompleta de los huesecillos, y aticitis consecutiva.

Oído izquierdo: Inflamación é infiltración generalizada de todo el oído medio y parte del externo, acompañada de dolor, sordera y ruídos subjetivos. Sensación dolorosa en la mastoides á la presión, pero sin existir signo ninguno de absceso mastoideo.

Diagnóstico. Mi impresión diagnóstica, aun teniendo en cuenta los antecedentes sifilíticos, se inclinó á calificar el tumor de las fauces, de sarcoma nasofaríngeo en período próximo á la fusión.

Sin embargo, dudaba todavía si podría tratarse de una infiltración gomosa difusa de la referida cavidad nasofaríngea, y en tal sentido instituí un enérgico tratamiento específico. Localmente, además de los antisépticos, prescribí: en la garganta y cavidad nasofaríngea, toques algún tanto frecuentes con la solución de cloruro de adrenalina al 1 por 2.000 adicionada de fenol; á las fosas nasales, irrigaciones *de lavado* sin presión, seguidas de limpieza y de instalaciones de la misma preparación adrenalinofenolada; al oído derecho, irrigaciones frecuentes con disolución acuosa de formol; y al izquierdo, tintura de yodo alrededor de la oreja, instilaciones de glicerina fenicada y calor suave y constante.

Para calmar el dolor constante é intenso, no sólo del oído, sino de la garganta y lado izquierdo de la cabeza, las inyecciones hipodérmicas de morfina.

Alimentación reparadora, purgantes drásticos, y permanencia del enfermo en la cama.

El enfermo fué mejorando, al parecer, en su estado general y local. Los dolores eran menos intensos y se hicieron intermitentes, dejando treguas hasta de casi un día entero. Los fenómenos otíticos del lado izquierdo cedieron al sobrevenir la supuración aguda. El oído derecho mejoró también. La estenosis nasal cedió mucho, logrando que pasara la irrigación á través de la cavidad nasofaríngea, y que pudiera respirar por las narices.

La tumoración nasofaríngea fué disminuyendo en toda su extensión,

pero más manifiestamente en la cavidad retronasal, *por fusión* de sus elementos, pues que casi constantemente expulsaba detritus y mocopus. Se iniciaron algunas pequeñas rinorragias, que fueron fácilmente cohibidas con la adrenalina.

En tal situación hube de suspender el plan antisifilítico porque los caracteres *diagnósticos* aparecían más manifiestamente del lado del sarcoma, ulcerándose, que del goma. Los ganglios infartados eran numerosos en toda la región del cuello.

En su consecuencia, y á pesar de la mejoría aparente, no titubeé en pronosticar mal.

Con efecto, hallándome veraneando en el campo, tuve la noticia de que después de una gran hemorragia por nariz y boca, falleció el enfermo, si mal no recuerdo, á mediados del mes de agosto».

«D. Eugenio Herrero, cuarenta años, de Zamora. Le veo el 13 de octubre de 1904 aquejando molestias en nariz y garganta desde hacía más de un año, sin haber tenido nunca nada en ellas antes de la citada fecha.

Existen antecedentes sifilíticos individuales, algún tanto borrosos.

Desde hace cuatro meses no respira por las fosas nasales; echa mucho pus por la derecha, así como por la garganta (nasofaringe). Le supuraron los oídos después de haber tenido grandes dolores en el derecho, acompañados de fiebre, antes de advertir la acentuación de los síntomas nasales y nasofaríngeos.

Acusa dolor constante en la garganta y en la mitad derecha de la cabeza. Voz nasal muy acentuada. Gran decaimiento físico y moral.

La fosa nasal derecha aparece obstruída totalmente por infiltración y edema inflamatorio. La izquierda está algo permeable.

En las fauces se advierte una tumoración difusa del lado derecho, descendiendo de la cavidad nasofaríngea, la cual empuja el velo, la úvula y pilares. No hay en ella cambio de color. No existe dolor al tacto. El volumen, próximamente el de media pera de regular tamaño. Reflejos faríngeos exagerados. Dificultad en la deglución. Existe un tumor ganglionar en la región subparotídea derecha que propulsa la pared correspondiente de las fauces.

Previa adrenalización, se abre la fosa nasal derecha, dando salida á bastante pus y aliviando mucho al enfermo, que puede respirar ya por ella.

El tacto retronasal me hace percibir una tumoración muriforme, algún tanto blanduja, sangrante, que me recuerda la sensación tactil del epitelioma, y que contrasta con la dureza semileñosa del resto tumoral faringeo. Hállase situada preferentemente en plena región tubárica y nasofaríngea del lado derecho.

Mi diagnóstico vacilaba entre epitelioma, por lo que se refería á la neoplasia de la cavidad retronasal; sarcoma por la porción tumoral de la garganta; y goma ulcerado nasofaríngeo, acompañado de infiltración gomosa difusa, por los antecedentes y asimismo por el aspecto local, curso, etc., de la lesión.

Instituí un tratamiento mixto (antiséptico local, mediante la adrenalina con fenol en instilacienes y toques, etc., además del específico) y logré extirpar un trocito, que fué enviado al Laboratorio histológico del Dr. Cajal.

El resultado de este examen, fué el considerar la lesión de naturaleza inflamatoria y de probable origen sifilítico.

Por otra parte, otro compañero cuyos conocimientos quirúrgicos acato y respeto, calificó también la lesión como específica. En cambio un distinguido laringólogo opinaba como yo, esto es, consideró el tumor como sarcomatoso é inoperable.

A medida que avanzaba el mal me aferraba más en mi idea de sarcoma ulcerado nasofaríngeo, abandonando en absoluto la de epitelioma, y dejando en *vacilante duda* la de sífilis.

El enfermo falleció á fin de diciembre en su casa de Zamora, y aun cuando se le autopsió por indicación testamentaria suya, nos quedamos en realidad en la misma duda, toda vez que se limitó el digno compañero que la practicó á un examen necrópsico, sin ocurrirle elegir abundantes y variados trozos de tumoración, de sitios distintos, para someterlos á más detenidos y prolijos análisis histológicos».

Entre sus muchas observaciones deduce importantes conceptos clínicos de etiología, histología, diagnóstico y tratamiento de los tumores nasofaríngeos.—SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 6 de Diciembre de 1905.

Dilatación estomacal aguda post operatoria. — El Dr. *Hartmann* cree que por lo general este fenómeno, si se estudian atentamente las observaciones publicadas hasta ahora, puede y debe atribuirse á una septicemia ó á una infección peritoneal incipiente; pero es indudable que existen también casos en los que se trata de fenómenos paralíticos puros no infecciosos. El Dr. Hartmann ha observado esta última variedad—la única interesante—de dilatación estomacal aguda post operatoria á consecuencia de operaciones sobre el estómago. Se manifiesta por regurgitaciones más ó menos abundantes de líquido bilioso ó sanguinolento que, en ciertos casos, después de una gastro-enterostomía, por ejemplo, puede hacer creer en un círculo vicioso. Lo que prueba que la naturaleza del fenómeno es otra, es que el Dr. Hartmann le ha observado después de las desembocaduras duodenogástricas por el procedimiento de Kocher, en las que es imposible el círculo vicioso.

Alabó los buenos efectos del lavatorio del estómago en estas dilataciones paralíticas post operatorias de esta víscera, pero para despertar su

movilidad, aconsejó introducir después en ella, por medio de una sonda que queda aplicada, cierta cantidad de leche ($^1/_4$ de litro próximamente). Basta repetir varias veces esta maniobra para que el estómago recobre su contractilidad y dimensiones normales.

El Dr. *Tuffier* cree que en la mayor parte de estos casos de dilatación aguda post operatoria del estómago, se trata de fenómenos sépticos. No es posible negar la existencia de dilataciones paralíticas no sépticas; pero su patogenia se desconoce. El Dr. Tuffier divide los casos en benignos ó dilataciones simples del estómago por gases, y en graves, en los que la ectasia se complica con hipersecreción gástrica especial.

Distingue, además, los casos en los que antes de la intervención, estaba ya más ó menos dilatado, y aquellos otros en los que la ectasia post operatoria recae en un estómago normal; es indudable, que la dilatación aguda post operatoria se explica mucho más fácilmente en los casos de la primera categoría.

Citó ejemplos de su práctica que corresponden á los diversos tipos de ectasia gástrica post operatoria, descritos por él, y manifestó que el mejor tratamiento en estos casos, es el lavado del estómago.

El Dr. *Reynier* refirió varios casos nuevos de dilataciones agudas post operatorias del estómago, que le han comunicado varios colegas y que confirman su teoría de la dilatación paralítica de origen reflejo. Presentó también gráficas tomadas durante los experimentos practicados en perros, y que prueban que la dilatación exagerada del estómago va acompañada siempre de descenso de la presión sanguínea.

Hernia epiplóica intercostal. — El Dr. *Rochard* leyó un informe acerca de una observación dirigida á la Sociedad por el Dr. Savariaud.

Se trata de un hombre de cuarenta y un años que recibió un golpe fuerte en la línea axilar en el décimo espacio intercostal. Poco tiempo después de este traumatismo apareció en la región lesionada un tumorcillo que aumentó de volumen hasta adquirir el tamaño de una naranja. El tumor era muy doloroso, y como constituía un obstáculo para el trabajo, el enfermo se decidió á ingresar en el hospital, y el Dr. Savariaud diagnosticó hernia intercostal epiplóica. Cura radical como para la hernia inguinal: reconocimiento, aislamiento y abertura del saco; resección del epiplón y del saco después de la ligadura; oclusión del orificio herniario. En el caso referido, como la oclusión no podía obtenerse más que por la sutura de los músculos intercostales, difíciles de movilizar y además muy delgados, el Dr. Savariaud tapó la brecha intercostal por medio del dorsal mayor, dirigido hacia adelante, á manera de un velo. Curación perfecta.

Estas hernias intercostales son raras porque sólo se han referido cuatro casos (Cruveilhier, Cloquet, Durand, Savariaud).

Sutura tardía del nervio radial.—El Dr. *Chaput* leyó un informe sobre un caso comunicado á la Sociedad por el Dr. Gervais de Rouville.

A una enferma de veinte años se la practicó en febrero de 1904 la trepanación de la extremidad inferior del húmero por osteomielitis. Durante la operación el nervio radial fué seccionado accidentalmente. Un mes después fué consultado el Dr. Rouville. Encontró los dos cabos del nervio radial bastante alejados uno de otro y reunidos por una cintilla de tejido

fibroso. Resección de esta cintilla: aproximación, bastante fácil, de los dos cabos del nervio; sutura con seda. La enferma recobró la sensibilidad á los pocos días y la movilidad á los cuatro meses y medio. Hoy el restablecimiento de las funciones del nervio es casi completo.

A propósito de este caso, manifestó el Dr. Chaput que el nervio recobra sus funciones antes con la sutura secundaria que con la inmediata.

El Dr. *Berger* dijo que en un caso de sección traumática del nervio radial le suturó á los seis meses los cabos nerviosos; pero el resultado, desde el punto de vista funcional, fué nulo. En un caso de sección del cubital en la muñeca, la sutura secundaria del nervio, practicada á los cuatro meses, fué seguida de resultado funcional excelente; diez meses después las funciones nerviosas se habían restablecido por completo. Finalmente, en un caso de neuroma del cubital, consecutivo á la sección accidental de este nervio, la restauración de las funciones nerviosas y la desaparición del neuroma se obtuvieron sólo por la electrización del nervio.

Ectropión de origen cicatrizal.—El Dr. *Berger* presentó un niño al que practicó la autoplastia hace varios meses. El ectropión, de los más acentuados, era consecutivo á una quemadura que había convertido toda la piel del menton en un extenso queloide. El Dr. Berger extirpó el tejido cicatrizal y le sustituyó con un colgajo cutáneo, tomado de la cara interna del brazo (autoplastia por el método italiano). El resultado fué verdaderamente notable.

Histerectomía abdominal total.—El Dr. *Routier* dijo que en un caso de supuración de los anejos practicó la histerectomía total, dejando en el abdomen un ovario sano. Al poco tiempo sobrevino un hematocele yuxta-ovárico que obligó á practicar la laparotomía y á extirpar el ovario. Deduce de este hecho que al practicar una histerectomía, sea por fibroma ó por anexitis, no debe dejarse un ovario, aunque esté sano al parecer, con pretesto de conservar la función secretoria interna de la glándula, porque dicho ovario puede producir después nuevos accidentes abdominales, como en el ejemplo referido, en el que el hematocele intraperitoneal fué debido, indudablemente, á una hemorragia de origen ovárico que sobrevino en la época menstrual.

Los Dres. *Segond*, *Terrier* y *Delbet* aprobaron las conclusiones del doctor Routier. Extirpan siempre los ovarios, aunque estén al parecer sanos, al practicar una histerectomía, sea cual fuere la lesión que la hace necesaria, fibroma ó anexitis.

Los Dres. *Tuffier*, *Hartmann*, *Quénu* y *Le Dentu* creen que esta práctica es demasiado absoluta, y que el caso excepcional referido por el Dr. Routier no contraindica de una manera general la conservación de uno ó de los dos ovarios sanos—ó al parecer sanos—después de la histerectomía abdominal, sobre todo cuando se practica por fibromas.

El Dr. *Faure* manifestó cuán difícil es convencerse durante la laparotomía si el ovario que se tiene á la vista ó en la mano está completamente sano.

El Dr. *Ricard* dijo que había observado un caso análogo al del Dr. Routier: poco tiempo después de practicada una histerectomía por anexitis, en la que se conservó uno de los ovarios, la operada principió de nuevo á sen-

tir dolores abdominales en el lado del ovario conservado. Los dolores se hicieron tan intensos, que fué preciso practicar una nueva laparotomía. El Dr. Ricard encontró el ovario rodeado de adherencias tan apretadas, que explicaban perfectamente los dolores que sentía la enferma.

(*La Presse Médicale*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 13 de Diciembre de 1905

De la plasmoterapia.—Los Dres. A. y L. Lumière : La plasmoterapia consiste en la utilización directa de la substancia protoplasmática, única parte realmente activa de los tejidos, con exclusión de los estromas celulares, inútiles ó peligrosos, y de los sueros, líquidos pasivos por sí mismos, y sólo susceptibles de recibir indirectamente las substancias antitóxicas elaboradas por el protoplasma. La plasmoterapia sanguínea se ha conseguido con la preparación de la hemoplasa, extracto protoplasmático de los glóbulos sanguíneos de animales normales refractarios á la tuberculosis, preparación que se presenta en forma de un líquido rutilante de una limpieza absoluta y de una conservación perfecta.

La experimentación, concienzudamente hecha por los autores, ha demostrado que este producto posee propiedades oxidósicas descubribles por los procedimientos químicos, que tiene una toxicidad insignificante y, en fin, que administrado á conejillos de Indias tuberculosos, les permite claramente resistir á la infección.

El Dr. *Filibert* dice que ha hecho aplicación de estas propiedades á la clínica humana, y ha administrado la hemoplasa á la dosis de 10 centímetros cúbicos dos veces por semana, en inyecciones intramusculares, siempre perfectamente toleradas. Los resultados que se desprenden de un número considerable de observaciones, se expusieron en el último Congreso de la tuberculosis, y demuestran que la hemoplasa posee propiedades tónico-estimulantes muy activas y preciosas en los diversos estados de decaimiento orgánico, sea cual fuere su origen (tuberculosis, cáncer, anemias, clorosis, paludismo, hemorragias). A estas propiedades generales se añade una acción tópica manifiesta que permite obtener, en la mayoría de los casos de tuberculosis pulmonar, una mejoría susceptible de llegar á una curación definitiva en un gran número de casos. El método plasmoterápico parece, pues, que abre la vía á una nueva era terapéutica del mayor interés. Los autores persiguen la generalización con experimentos que están en vías de ejecución, y cuyo objetivo es la preparación de extractos de diversos órganos (hígado, riñón, músculos, etc.) y de extractos globulares, sanguíneos, procedentes de animales inmunizados contra diferentes infecciones.

Resultados clínicos del suero antituberculoso. — El Dr. Marmorek : La condenación pronunciada contra nuestro suero antituberculoso, no nos ha impedido para poderlo experimentar clínicamente. Con observaciones publi-

cadas han sido tratados 350 enfermos. Hemos escogido enfermos tan gravemente interesados, que puestos en cura de sanatorio, han conservado manifestaciones febriles, y podemos concluir desde ahora que el suero antituberculoso es específico y su acción curativa indiscutible. Se ha de inyectar una dosis cada dos días durante tres semanas, para dejar descansar al enfermo antes de emprender de nuevo el tratamiento. La vía rectal también puede utilizarse, puesto que evita todos los accidentes de la anafilaxia, pero conviene saber que este procedimiento es algunas veces inactivo, cuando la mucosa rectal no absorbe las antitoxinas; las dosis son de 5 á 10 centímetros cúbicos por día. El doble suero, á la vez antituberculoso y antiestreptocócico, es necesario en los casos de fiebre éctica, cuando los esputos contienen estreptococos.

El Dr. Griffon: Reconoce el Dr. Marmorek que el suero de que acaba de hablar es el mismo que el suero experimentado hace algunos años en enfermos del servicio de Clínica médica del Hôtel-Dieu, enfermos que con él he seguido observando muy de cerca, y que han constituído el sujeto de una comunicación del profesor Dieulafoy á la Academia. Por lo tanto, me permito preguntarle cómo concilia su optimismo actual con los resultados poco satisfactorios obtenidos en la época á que me refiero. Los enfermos inoculados en el Servicio del Dr. Dieulafoy no sólo no han sido mejorados, puesto que casi todos murieron poco tiempo después, sino que aún tenemos la impresión de que uno de ellos sufrió una agravación que tal vez no dejaba de tener relación con el tratamiento experimentado. Por consecuencia, la frase de «inocuidad absoluta» empleada ahora mismo por el Dr. Marmorek, no me parece responder de una manera perfecta á la realidad de los hechos, con tanto más motivo cuanto que se instituyó en dicha época una comprobación experimental en el laboratorio del Dr. Dieulafoy, y el doctor Marmorek debe recordar que entonces inoculamos dos lotes de conejillos de Indias de modo idéntico, con esputos tuberculosos, y que los animales de uno de estos lotes recibieron el suero inyectado por el mismo doctor Marmorek, y que matemáticamente todos los conejillos de Indias inoculados con suero murieron tuberculosos mucho antes que los testigos del otro lote que no había recibido el suero. Estos son hechos que, por mi parte, no he olvidado y que me permiten dudar, no sólo de la eficacia, sino hasta de la inocuidad de dicho suero.

Acción de los compuestos fosforados orgánicos sobre la circulación. — Los Dres. Pouchet y Chevallier: Hemos empleado la protilina (albúmina de huevo dializada) que ha sufrido durante mucho tiempo la accion del ácido ortofosfórico, y que contiene 2'70 por 100 de fósforo; hemos utilizado soluciones al 2 por 1.000 de sosa con 38 gramos de protilina por litro. De nuestros experimentos podemos concluir que la protilina obra como un excitante de los aparatos aceleradores del corazón, á dosis débiles, y á la vez de los aparatos aceleradores y moderadores, á dosis fuertes; para estos últimos, la excitación se verifica en las extremidades nerviosas periféricas. Teniendo en cuenta la similitud casi completa de acción de la lecitina, ácido nucleónico y protilina, es muy probable que el fósforo en combinación orgánica posea siempre una acción excitante de los aceleradores del corazón.

(*La Presse Méd.*, núm. 101, 1905.)—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del 6 de Diciembre de 1905.

Fijación ventral del útero. — El Dr. *G. E. Herman* dijo que la fijación ventral del útero es útil en cuatro clases de casos: 1.° Retroflexión sin descenso apreciable, pero con sensibilidad del cuerpo uterino, refractaria á la contención mecánica. En estos casos, la fijación ventral, la operación de Alexander y la fijación vaginal son igualmente eficaces, pero la fijación ventral es la preferible. 2.° Retroflexión adherente del útero con sensibilidad. En este caso, la fijación es el único tratamiento en lo que á la dislocación se refiere; conviene, no obstante, emplearla con precaución, porque *a*) la sensibilidad puede depender de un estado del peritoneo; *b*) muchas enfermas son neurasténicas, y la operación puede ser ineficaz por cualquiera de estas ccusas; *c*) porque en estos casos es más peligrosa. 3.° Retroflexión sin sensibilidad del útero, pero con descenso. En este caso, la fijación ventral es el único tratamiento quirúrgico eficaz; debe, no obstante, preferirse la contención mecánica, si es eficaz. Muchas enfermas son neurasténicas, por cuyo motivo el resultado inmediato de la operación suele ser un fracaso terapéutico. 4.° Prolapso del útero y de la vagina. En estas condiciones, la fijación ventral es un fracaso terapéutico, excepto cuando se practica á la vez la elitrorrafia. El Dr. Herman considera la fijación ventral menos peligrosa que la operación de Alexander y de resultados más seguros y constantes que la fijación vaginal. Practicada debidamente, no constituye un obstáculo para el embarazo ulterior y el parto, y hay motivos para creer que puede prevenir el aborto.

El Dr. *Horrocks* manifestó que la fijación uterina se practica con demasiada frecuencia, porque no se emplea el tiempo y la habilidad suficientes para remediarla y también porque muchos cirujanos recomiendan y practican la operación sin ensayar la contención mecánica. Cuando el útero está bien fijo á la pared del abdomen, su posición es anormal y hasta cierto punto peligrosa. La operación, no sólo no cura á la enferma, sino que añade á su antiguo padecimiento un dolor atribuído á la cicatriz y debido indudablemente al estiramiento que ejerce el útero adherido. En los casos en que el útero, á causa de las adherencias, no puede colocarse y mantenerse en su debida posición por los medios mecánicos, la operación es mucho más difícil y peligrosa. Cree, por estas razones, que la fijación ventral es una operación que sólo debe practicarse en casos contados, cuando fracasan los emás medios.

El Dr. *Galabin* dijo que prefería el acortamiento intraperitoneal de los gamentos redondos en algunos de los casos referidos, y sobre todo cuando ay probabilidad de nuevos embarazos. Cree que la fijación ventral cominada con la elitrorrafia es la operación más eficaz en los casos de prolapo exagerado y rebelde; pero ha visto fracasar también este medio. En los sos de retroflexión sin gran prolapso y sin adherencias, los pesarios aplidos con habilidad y perseverancia alivian casi siempre á la enferma.

El Dr. *Russell Andrews* manifestó que el Dr. Herman ha exagerado las dificultades del parto después de la fijación ventral del útero.

El Dr. *Blacker* dijo que no debe recomendarse la nueva operación en las mujeres expuestas á un nuevo embarazo. Las indicaciones principales para ella son la retroflexión con adherencias y el prolapso uterino en mujeres que han llegado á la época de la menopausia que necesitan dedicarse á trabajos rudos para vivir.

El Dr. *A. Lea* manifestó que en la fijación ventral del útero se corre cierto peligro de que sobrevenga la obstrucción del intestino. Cree que es esencial que el fondo quede libre en las mujeres que pueden quedar embarazadas. En los casos de retroflexión rebelde y exenta de complicaciones prefiere el acortamiento intraperitoneal de los ligamentos redondos.

El D. *Herman* dijo que cuando se ve que después de la fijación ventral del útero paren sin dificultad el 94 $^1/_2$ por 100 de las mujeres, puede afirmarse que las dificultades del 5 $^1/_2$ por 100 restantes no son debidas á la operación tal como suele practicarse, sino á condiciones especiales de cada caso, una de las cuales puede ser el método especial de la operación.

Gestación tubaria repetida. — El Dr. *W. Gifford Nash* refirió un caso de embarazo tubario repetido que fué operado dos veces. La primera, la trompa izquierda se rompió y fué extirpada al mismo tiempo que el ovario izquierdo. La segunda vez, dos años después, se extirparon la trompa intacta y el ovario derechos. Los síntomas fueron análogos, correspondiendo las fechas de aparición de los principales en cada ataque.

Tejido sarcomatoso en las paredes de los quistes ováricos. — El doctor *F. E Taylor* dijo que el desarrollo de este tejido es probablemente más común de lo que suele creerse. La degeneración sarcomatosa no puede, por lo tanto, manifestarse clínicamente por síntomas como dolor abdominal, ascitis, desarrollo rápido é irregular del tumor, demacración y caquexia. La ovariotomía suele ser seguida de recidiva. El tumor se desarrolla con gran rapidez y la enferma muere á las pocas semanas ó meses de operada.

(*British Med. Journal.*) — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 15 de Noviembre de 1905.

Estrechez pelviana.—El Dr. *Dührssen* presenta una mujer que tiene estrechez pelviana, y á la que ha practicado hace dos semanas y media una sección subcutánea del pubis derecho, por medio de la sierra, extrayendo después un feto vivo. En cambio, en dos partos anteriores se había ejecutado la perforación del feto, hallándose éste con vida. La operación de serrar el pubis es muy sencilla cuando se hace con la sierra de cadena, y evita los inconvenientes á que expone la sinfisiotomía, tales como el desgarro del cuerpo cavernoso del clítoris con la hemorragia consiguiente, la rotura de la uretra ó de la pared vaginal anterior, y los trastornos en la marcha que sobrevienen por no reunirse de nuevo los extremos óseos ó cartilaginosos,

que habían sido separados por medio de la operación. Después de serrado el pubis se practica, como operación de elección, la versión podálica seguida de extracción. Después del parto se rodea la pelvis con dos ó tres tiras de aglutinante, y á los catorce días la mujer se puede levantar y dar algunos paseos.

Patología y tratamiento del criptorquidismo.—El Dr. *M. Katzenstein*, después de dedicar algunas palabras al descenso normal de los testículos, estudia las causas que impiden dicho descenso y que originan, por lo tanto, el criptorquidismo. Como tales causas se han invocado: *a*) procesos peritoníticos locales; *b*) lesiones patológicas en el gubernaculum de Hunter que determinan su acortamiento; sin embargo, esta causa sólo sirve para explicar por qué el testículo no ha llegado al conducto inguinal, puesto que el ligamento mencionado no influye nada en el descenso ulterior del testículo al escroto; *c*) lesiones patológicas en el proceso vaginal que queda abierto, facilitando así la combinación tan frecuente de criptorquidia inguinal y hernia.

Según la situación del testículo, hay que distinguir: *a*) un criptorquidismo abdominal, y *b*) otro inguinal.

Macroscópicamente presenta un testículo retenido el mismo aspecto que uno normal, pero con el microscopio se descubren señales evidentes de degeneración. Así, en los casos de criptorquidismo doble, el líquido espermático no contiene ningún espermatozoario. Las consecuencias de la criptorquidia inguinal son en muchos casos fenómenos nerviosos que desaparecen una vez quitada la causa. Además de esto, mientras el testículo normal se sustrae fácilmente al traumatismo, en el retenido en la ingle no sucede lo mismo. Si, como sucede á menudo, se combina la criptorquidia inguinal con una hernia, es imposible el empleo del braguero mientras subsista la retención testicular, y por lo tanto, el paciente está expuesto á que se le estrangule la hernia. Por otra parte, enseña la clínica que el testículo retenido presenta mucha tendencia á la degeneración maligna, y que los carcinomas que se desarrollan en estos casos son también de muy mal pronóstico.

El tratamiento de la criptorquidia consiste en el masaje, mientras el niño no haya pasado de la edad de ocho á diez años. Cuando hay además hernia, se debe operar en una época temprana; en el caso contrario se espera hasta la edad de la pubertad. La maniobra de traer el testículo al escroto y de fijarle en él no da buen resultado, puesto que más pronto ó más tarde sobreviene recidiva; el cordón se acorta y por su misma elasticidad vuelve á atraer el testículo hacia arriba, arrastrando consigo al escroto, que se hunde á manera de dedo de guante. Lo que más importa es estirar suficientemente el cordón espermático para que no vuelva á apelotonarse. Con este objeto, el autor, previa disección suficiente del cordón y después de haber atraído el testículo á través del escroto, lo fija debajo de un colgajo cutáneo y pediculado del muslo, que se colocará en flexión. Pasadas unas semanas se corta el puente de piel que une el colgajo con el muslo, y una vez hecho esto se fija el testículo, que queda cubierto de piel como con un casquete al fondo del escroto. Empleando este procedimiento ha conseguido el autor excelentes y duraderos resultados en 15 casos.

Frecuencia de la tuberculosis primitiva del intestino en Berlín. — El doctor *Edens* manifiesta que, en vista de la gran diferencia que se observa entre las estadísticas de Heller, relativas á Kiel, y las de Orth, de Hanseman y Baginski, relativas á Berlín, se propuso estudiar la importantísima cuestión del grado de frecuencia de la tuberculosis primitiva del intestino, tomando por base para ello el material de autopsias del hospital de Betania. Ahora bien: entre 491 autopsias se encontraron 25 casos de tuberculosis primitiva del intestino, de los cuales 12 eran completamente indudables y los otros 13 nada más que probables. En esta última categoría se incluyen los casos en que están sumamente calcificados los ganglios mesentéricos, sin que se encuentre ningún otro indicio de tuberculosis, no obstante lo cual, como causa de dicha calcificación, se admite por exclusión la influencia del bacilo tuberculoso. La calcificación no es por sí sola dato suficiente para juzgar de la antigüedad del proceso, puesto que precisamente es muy común que los ganglios mesentéricos se calcifiquen muy pronto. Como justificación de la hipótesis de que los casos referidos se deben considerar muy probablemente como tuberculosis primitiva del intestino, aduce el autor el hecho de que, entre 106 casos de tuberculosis pulmonar, no hubo uno solo de calcificación de los ganglios mesentéricos que no estuviera complicado con tuberculosis intestinal.

Esta frecuencia relativa de la tuberculosis primitiva del intestino contrasta con los datos que han recogido otros autores en esta misma ciudad de Berlín, y es un hecho muy extraordinario que invite á buscar la explicación del mismo; mas aun: la posibilidad de llegar á comprender su causa, promete mayor conocimiento de este asunto que el que se pudiera alcanzar comparando las estadísticas de dos ciudades de condiciones muy diferentes. — (*Deutsche Medizinal Zeitung.*) — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 17 de Noviembre de 1905.

Aneurisma doble de la aorta. — El Dr. *Arturo Klein* presenta la preparación anatómica de un aneurisma doble de la aorta, procedente de un hombre de treinta y un años que poco antes había padecido de bronquitis gripal, presentando algún tiempo después disnea, paresia de la cuerda vocal derecha, cianosis y edema del brazo derecho.

Después de la traqueotomía se alivió algo la disnea.

El pulso era un poco más bajo en el lado derecho que en el izquierdo. Con los rayos Röntgen se vió una sombra á nivel de la bifurcación de la tráquea, y por medio de la traqueoscopia se comprobó la existencia de una oclusión del bronquio derecho.

En la autopsia se encontraron dos grandes aneurismas de la aorta que comprimían la tráquea y el bronquio derecho, y que presentaban dos perforaciones, las cuales estaban cerradas con trombos parietales.

Lo notable de este caso es que los aneurismas nunca habían provocado

molestias y que, á pesar de las perforaciones que se encontraron en la tráquea, jamás había habido hemoptisis.

El Dr. *Miguel Grossmann* hace mención de un caso de aneurisma de la aorta que no se había podido diagnosticar con el examen clínico ni con el radiológico. En este caso había la particularidad de que la disnea se podía corregir temporalmente introduciendo una sonda esofágica por una fístula traqueal hasta hacer penetrar dicho instrumento en el bronquio derecho. Un día fracasó este procedimiento y el enfermo sucumbió rápidamente por asfixia, ocasionada, según se vió en la autopsia, por un neumotórax, que había sido producido por la sonda.

Tuberculosis del testículo mejorada por medio del método de Bier. — El Dr. *Carlos Ullmann* presenta tres casos de tuberculosis testicular que han mejorado mucho con la estancación venosa, según el método de Bier.

La estancación se consiguió en uno ó en ambos lados por medio de una venda elástica de goma blanda, de unos 4 centímetros de ancha, que se colocaba todos los días ó en días alternos, al principio por media hora y después durante más de una. La venda se coloca generalmente de modo que cubra todos los genitales, el pene y el escroto, y que llegue lo más arriba posible; se deja puesta hasta que se inicie la cianosis, y después se afloja un poco hasta que la piel recobre un color de rosa pálido. Cuanto más tiempo se deje puesta la venda, tanto más eficaz es el procedimiento, que debe molestar lo menos posible. Si se presenta una tensión dolorosa, hay que aflojar de nuevo la venda.

La estancación venosa de un solo testículo no suele presentar ninguna dificultad cuando el órgano no está muy hinchado ó todavía no se halla muy doloroso. Si el cordón está normal en la parte próxima al epidídimo y el escroto no está demasiado tenso ó adherido hacia la parte superior del tumor, siempre se logra fijar bien la venda, que sólo tiene 3 centímetros de ancho, entre el tumor y la raíz del pene. Sin embargo, la inclusión de todos los genitales produce menos tensión y debe preferirse como procedimiento normal y de elección.

Sabido es que, cuando se emplea un procedimiento de hiperemia activa por medio del calor (aire muy caliente), no se obtiene un resultado bastante eficaz sino á condición de que se someta á la acción del calor una zona algo más extensa de territorio cutáneo y del tejido respectivo. En el caso actual sucede evidentemente lo mismo: la inclusión de un territorio histológico mayor en la hiperemia por éxtasis redunda en beneficio del foco enfermo, que gracias á esto experimenta una absorción más rápida, ó se nutre mejor, según el caso.

El Dr. *Antonio Bum* dice que, como apéndice á la discusión habida acerca del procedimiento en la semana pasada, va á hacer una observación de carácter técnico. Es preciso renunciar á toda estancación demasiado intensa y que obstruya también las arterias (estancación fría, de Bier), procedimiento que, según su experiencia, se emplea no raras veces.

El autor aconseja que la estancación se practique siempre de manera que únicamente comprima las venas, método que permite sostener dicha estancación veinticuatro ó más horas.

El Dr. *Roberto Bauer* presenta, con motivo de la discusión que ha habido

en la sesión última de esta Sociedad, un espéculo, con el que Lott consigue la estancación de Bier y la succión, y permite además ejecutar todas las manipulaciones bajo la inspección ocular.

Riñón quístico congénito. — El Dr. *Emilio Haim* presenta un riñón con degeneración quística congénita, que ha sido extraído por medio de una operación, y que presentaba como síntomas, los de una grave hemorragia interior.

El Dr. *Oscar Stoerk* manifiesta, después de haber examinado la preparación, que en su entender no se trata de un riñón quístico congénito, sino de una hidronefrosis típica y adquirida indudablemente en una edad muy temprana. Estas hidronefrosis del niño son ocasionadas generalmente por estrecheces ú oclusiones de los uréteres, cuyo origen puede ser muy vario: cicatrices consecutivas á atascamiento de concreciones, formaciones valvulares producto de pliegues anormales de la mucosa, anomalías en el curso de las arterias, etc.

Caso de tétanos curado. — El Dr. *Pablo Clairmont* presenta un caso curado de tétanos, y con este motivo llama la atención sobre la importancia que tienen las inyecciones endoneurales de antitoxina tetánica.

Cáncer luposo. — El Dr. *Gustavo Riehl* presenta una mujer de cuarenta y un años, la cual desde la edad de seis venía padeciendo de lupus vulgar de la cara, afección que, habiendo principiado por el carrillo izquierdo, ocupa en la actualidad casi toda la piel del rostro. Hace cinco años apareció en el carrillo izquierdo una excrecencia verrugosa, que fué extirpada un año después, quedando en el sitio de la extirpación una cicatriz blanca. Posteriormente se desarrollaron en la proximidad formaciones análogas, cinco de las cuales aparecen como tumores aislados, duros al tacto, del tamaño de una lenteja al de una pieza de céntimo, ligeramente verrugosos y cubiertos de depósitos córneos. En un punto existe una placa formada por la confluencia de siete tumorcitos sueltos y del tamaño próximamente de un duro.

Estos tumores son carcinomas epiteliales desarrollados sobre la base de un lupus ó sobre cicatrices consecutivas á éste; son, en una palabra, carcinomas luposos.

Porencefalia traumática. — El Dr. *Egon Ranzi* presenta una preparación procedente de un obrero de fábrica, de veinte años de edad, el cual, cuando tenía seis años, había sufrido un gran golpe en la cabeza. En la parte posterior del parietal derecho existía un defecto en el hueso, del tamaño próximamente de un duro, que se continuaba, estrechándose, á manera de canal, hacia el conducto auditivo externo. En dicha zona se veía con toda claridad una pulsación.

Al operar á este enfermo, después de trazar una incisión en forma de herradura para descubrir la región del defecto óseo, se dividió la membrana que ocupaba este defecto, con lo cual se penetró en una cavidad mayor que un huevo, la que contenía un líquido claro y seroso. Después de enjugado este líquido, se vió que la cavidad se continuaba directamente con el cuerno posterior del ventrículo lateral, viéndose en la profundidad el asta de Ammon y el plexo coroideo. Se rellenó la cavidad con gasa isofórmica, se colocó un tubo de desagüe y se cerró la incisión cutánea.

En los días siguientes á la operación se presentaron síntomas que hacían pensar en una meningitis. La temperatura llegó á pasar de 39°, el pulso se mantenía entre 130 y 150, y había rigidez de nuca. Cuando se cambió por segunda vez la cura, se vió que la herida no presentaba ningún signo de reacción.

Al sexto día de la operación se murió el enfermo, y en la autopsia, hecha por Stoerk, no se encontró el menor vestigio de meningitis, y por lo tanto, hay que atribuir los fenómenos post operatorios al aumento de presión cerebral producido por el edema.

Además del defecto ya descrito se encontraron en el cerebro un hidrocéfalo crónico moderado y una oclusión del agujero de Magendie.

Molluscum contagiosum.— El Dr. *Rodolfo Matzenauer* presenta un individuo que tiene un gran número de tumorcitos de molluscum contagiosum, del tamaño de un perdigón al de un guisante, en la cara, en la nariz y en la frente, y sobre todo en el cuero cabelludo; en el resto del cuerpo no hay ningún otro tumorcito, excepto en la región anal.

Teniendo en cuenta que, á causa del gran número de tumorcitos y de su asiento, no se puede pensar en su destrucción mecánica ni por medio del raspado, habrá que ensayar en este caso el procedimiento de Brock, que consiste en procurar la atrofia de dichos tumores por medio de toques con tintura de yodo.—(*Wiener klinische Rundschan*).—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Amputación osteoplástica de Bier. — Esta operación, según el doctor J. H. Pringle, consiste en cortar de la tibia un colgajo osteoperióstico de las dimensiones suficientes para cubrir la superficie de sección de este hueso y del peroné. La base del colgajo se secciona, pero conservando el periostio, que le une al hueso del muñón, cosiéndole con el de éste una vez aplicado el colgajo sobre la superficie de sección tibioperoneal. Este método permite obtener en las amputaciones de la pierna un muñón susceptible de soportar una compresión enérgica.

(*The Lancet*, 18 noviembre 1905.— F. Toledo.

Chancro de la epiglotis.—El Dr. Castex refiere en el *Bulletin de Laringologie* que ha observado un caso muy raro y tal vez único de chancro de la epiglotis. Se trataba de un hombre que acudió á la clínica y tenía una tumefacción dolorosa en el lado derecho de la epiglotis; el dolor se exacerbaba sobre todo en el acto de la deglución. En la parte lateral derecha del opérculo se veía una placa roja ovoidea que medía centímetro y medio de longitud por uno de ancho; hacia la extremidad interna de la placa se veían dos pequeñas ulceraciones amarillentas superficiales colocadas una enfrente de la otra y midiendo aproximadamente las dimensiones de una lenteja. En el primer momento el Dr. Castex pensó que se trataría de un epitelioma, pero profundizando más en el examen, creyó que se encontraba en

presencia de un accidente primitivo de la epiglotis. Las razones en que apoya su opinión son las siguientes:

1.ª Algunos días después del comienzo de los dolores á la deglución, el enfermo tuvo un ganglio muy infartado é indoloro debajo del maxilar derecho y que desapareció poco á poco.

2.ª A los cuatro meses de esta molestia en la epiglotis, se manifestaron accidentes secundarios inequívocos que consistían en pequeñas placas mucosas en el prepucio, pústulas en el cuero cabelludo y especialmente en ulceraciones típicas en el borde libre de las cuerdas vocales, que eran de un rojo intenso; el interior de la laringe marcaba, pues, indudablemente que esta sífilis se encontraba en período secundario.

3.ª El tratamiento específico mercurial instituído un mes antes había mejorado el conjunto de las manifestaciones y las cauterizaciones del chancro con la solución al 1 por 20 de cloruro de zinc hicieron desaparecer rápidamente las exulceraciones de la superficie y disminuir la placa epiglótica.

4.ª Fué imposible descubrir en ningún otro sitio un accidente primitivo.

(*Journ. de Méd. et de Chir prat.*, 1905).—Codina Castellví.

Nueva operación plástica para formar una vagina artificial.—Según opinión del Dr. I. I. Federoff, las operaciones practicadas hasta ahora para formar una vagina artificial, son poco satisfactorias. Ha empleado con éxito completo, en una enferma de cuarenta y tres años, el método siguiente: la vagina en esta mujer era rudimentaria y no existían indicios de útero ni de ovarios. La operación consistió en hacer una incisión semilunar, de concavidad superior, á lo largo de la bóveda y caras laterales de la vagina, al principio de este conducto. Los extremos de esta incisión se prolongaron hacia abajo y fuera, en ángulo agudo, sobre los grandes labios. El colgajo, formado así, se desecó é invirtió hacia adelante y abajo para cubrir la cara anterior del recto. En ésta se hizo una incisión de la forma de la letra griega π y el borde transverso de la herida rectal fué cosido al borde libre de la pared de la vagina, mientras que el borde lateral se cosió en parte á los bordes laterales de la incisión vaginal y en parte á la porción cutánea del colgajo, invertido hacia dentro. De este modo, la parte inferior del nuevo conducto quedó cubierta hacia adelante por las paredes vaginales, mientras que la pared posterior estaba formada por un colgajo tomado del recto, el cual fué cosido á la pared vaginal. La operación consistió, por lo tanto, en formar un fondo de saco de la pared anterior del recto, que sirvió como continuación al conducto que existía ya. La última parte de la operación se redujo á suturar el periné como de ordinario.

(*The New York Med. Journal*, 9 diciembre 1905.)—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

HOSPITAL PROVINCIAL.—CLÍNICA DEL DR. CODINA

UN CASO DE NEURONITIS MOTORA INFERIOR

POR EL

DOCTOR D. CÉSAR JUARROS

Médico segundo de Sanidad Militar.

Durante mucho tiempo se han considerado como dos agrupaciones clínicas completamente opuestas é irreductibles, la polineuritis y la poliomielitis, no obstante estar á cada instante demostrando la práctica, lo artificioso de separar dos afecciones que tienen las mismas condiciones etiológicas, afectan el mismo principio agudo y febril, se traducen por una idéntica parálisis invasora, que luego retrocede, desapareciendo completamente de ciertas regiones y dejando en otras atrofias musculares muchas veces indelebles (Pitres y L. Vaillard) (1).

Las autopsias, haciendo ver que á casos clínicamente idénticos de parálisis espinal aguda correspondían unas veces lesiones de los nervios (Eisenlohr (2), Leyden (3), Dejerine) (4), y otras alteraciones

(1) Pitres y L. Vaillard: Neuritis et polineuritis en *Traité de Médecine*. Brouardel et Gilbert. Tomo X. París, 1902.

(2) Zur lehse von der acuten spinalem paralysie. *Arch. psych. and nervenkrank*, 1897 (citado en la Tesis de Morvan).

(3) Leyden: Traité des maladies de la moelle epinière, 1879. Trad. francesa Richard et Viny.

—Ueber poliomyelitis und neuritis (*Zeitsch. f. Kl. méd.*, 1880) (citado por Morvan).

(4) De la nature peripherique de certains paralysies dites spinales aigües de l'adulte. *Arch. de physiologie*, 1890.

medulares (Schultze (1), Friedlander (2), Rissler (3), Willianmson (4), Van Geuchten (5), Leriy Wilson) (6), hicieron nacer ideas de conciliación, según las cuales, el síndrome citado podría ser producido indistintamente por lesiones medulares ó neuríticas (Gilbert, Ballet) (7).

Dado ya el primer paso, no tardó en llegarse á la aplicación de las modernas teorías histológicas, que demostrando «que la célula nerviosa y la fibra nerviosa, no son sino un solo elemento con autonomía propia» (8), la neurona, llevaron á Grasset y Raymond (9) á afirmar que asiente donde asiente la lesión, ya sea en las grandes células de las astas anteriores ó ya en el cilindro-eje, tradúcese siempre en enfermedad de un mismo órgano. Como quiera que hay tres clases de neuronas, inferiores motoras ó sensitivas, medias ó de relación y superiores ó corticales, Grasset (10) admite cinco clases de neuronitis, estando incluidas las polineuritis y poliomielitis en el grupo de las neuritis motoras inferiores (11).

Pero á pesar de esta unidad lesional tan lógica, inténtase todavía sostener en el terreno clínico la dualidad de síndromes, afirmando que, según que la lesión asiente primitivamente en la célula ó en su prolongación, será distinto el cuadro sintomático y la evolución. Mas esto, que es verdad en ciertos casos, no lo es en la mayoría, que no encajando en las polineuritis ni en las poliomielitis, entran, en

(1) Schultze: *Archiv. Virchow*, 1876 y 1878, extracto de Blocq en el *Bulletin Medical*, 1890.

(2) Friedlander: *Virchow's Archiv.*, 1882, citado en la Tesis de Edwarts Contribution á l'étude de la paralysie spinale de l'adulte. Paris, 1898.

(3) Rissler: *Nordisht. Med. Arch.*, 1888 (citado por Edwarts).

(4) Willianmson: *Medical Chronicle*, 1890 (citado por Edwarts).

(5) Van Geuchten: Poliomyelite anterieure aigüe de l'adulte. *Comunicacion al Congreso de Bruselas de 1903.*

(6) Leri y Wilson: Poliomyelite aigüe de l'adulte avec lesions en foyer. *Revue Neurologique* París, 1904.

(7) Ballet: Les polinevritis (aspect clinique). *Progrès méd.*, 1896.

—Leçons de clinique médicale, 1897.

(8) Dejerine: Anatomie des centres nerveux. París, 1895.

(9) Raymond: Traité des maladies amiotrophiques. París, 1889.

—La paralysie ascendante aigüe dans ses rapports avec les polyneuritis et les poliomyelitis. *Presse Médicale*, 1896.

—Leçons sur les maladies du système nerveux. París, 1897 y 1900.

(10) Grasset. Leçons de clinique médicale, quatrième serie. París, 1908.

(11) Mirallie: Poliomyelitis anterieures et neuritis peripheriques (neuronitis motrices inferieures). Diagnostic differentiel. *Gazzette Médicale de Nantes*, 1908.

—Teitelbaum Moguiluwska: Quelques con, etc. *Tesis Monpellier*, 1901.

cambio, de lleno en las neuronitis, poniendo así de relieve lo poco práctico y artificioso de la distinción.

El enfermo de la siguiente observación puede servir de ejemplo:

D. L., de dieciséis años, natural de Madrid, y de oficio encuadernador.

Su padre murió de una pulmonía, no existiendo en la familia antecedente alguno de importancia.

Este joven era de buena salud habitual, no habiendo padecido más enfermedades que el sarampión á los cinco años, del cual curó perfectamente.

El 23 de diciembre del año 1904, estando trabajando, sintió un fuerte dolor de cabeza á que al principio no dió importancia, atribuyéndolo á una ventana que un compañero había dejado abierta inadvertidamente; pero como quiera que el dolor iba en aumento, marchó á su casa y se acostó. Al anochecer tuvo fiebre alta, pasó la noche casi sin dormir, y por la mañana, al intentar levantarse, sintió una gran debilidad en ambas piernas. Por esto y por seguir aunque atenuada la fiebre, continuó en la cama. Durante todo este día tuvo hormigueos en los miembros inferiores, pero *sin dolores*, habiendo cesado ya el de cabeza. Al amanecer el tercer día seguía la fiebre, la debilidad se había propagado á los miembros superiores, y con ella los hormigueos. Esta debilidad se fué acentuando, y á los cinco días la parálisis era total, no pudiendo ejecutar el enfermo movimiento alguno con brazos ni piernas.

Había incontinencia de orina, conservándose, en cambio, perfectamente el esfinter rectal. Durante estos días la fiebre fué bajando, para desaparecer totalmente al quinto día de haber comenzado la enfermedad. Al sexto día principió á notar el historiado que se le adelgazaban las piernas y luego los brazos. Trasladado al Hospital Provincial, ingresó en la sala del Dr. Codina, donde se le exploró la excitabilidad eléctrica, no hallando la reacción de degeneración. Se le sometió á un tratamiento de baños de vapor, tónicos nerviosos y corrientes galvánicas, con el cual fué mejorando paulatinamente, cobrando la movilidad á los tres meses, hasta llegar al estado en ıe hoy se halla.

Actualmente, al primer golpe de vista se percibe una atrofia conerable de los cuatro miembros (fig. 1) que alcanza su mayor desrollo en los músculos extensores, siendo más acentuada en el tebrazo que en el brazo y en la pierna que en el muslo. Como ısecuencia de este predominio atrófico de los extensores y de ha-

llarse interesados los interóseos dorsales y palmares y los músculos de las regiones tenar é hipotenar, la mano de este enfermo, algo en garra, recuerda el tipo de Aran-Duchenne (fig. 2). El pié tiene tendencia al varo-equinismo con flexión forzada de los dedos (fig. 3). La marcha presenta el *steppage* propio de toda atrofia de los músculos extensores del miembro inferior. Los reflejos rotulianos están muy disminuídos y conservados los cutáneos. El dinamómetro dió 6

Figura 1.

para la mano derecha y 5 para la izquierda. No existen alteraciones de los esfínteres, pues la incontinencia de orina del principio cesó al recobrar el enfermo los movimientos voluntarios

No hay trastornos de la sensibilidad de ningún género, ni subjetivos ni objetivos. Examinadas las reacciones eléctricas, se observa en músculos y nervios una disminución á la excitabilidad galvánica

y farádica, mucho más á la farádica, siendo la contracción de ma-

Figura 2.

yor lentitud que la normal. No existen las reacciones de Erb de Rich ni de Remak-Doumer.

Figura 3.

Todos estos trastornos adquieren mucho más relieve en los planos, que tienen por función la extensión, tanto en el miembro superior

como en el inferior. Desde hace dos meses la enfermedad se ha estacionado, no habiendo mejora ni empeoramiento de ningún género.

Como puede verse por la anterior descripción, el enfermo que nos ocupa es de difícil diagnóstico. No es un poliomielítico. En este caso faltan los trastornos gastro-intestinales: vómitos, diarrea; la raquialgia, las convulsiones del período de invasión, así como también los dolores que, aunque negados por Leyden (1), han sido hallados en la mayoría de los casos por Sauze (2), que ha dado de ellos una admirable descripción. Pero por si esto se considerase de escaso valor, pues según Dejerine (3) hay casos en que este primer período puede llegar á faltar completamente, suministranos un nuevo motivo de diferenciación, la manera como tuvo lugar la invasión del proceso. La parálisis en las poliomielitis se establece de pronto, atacando un miembro ó segmento de miembro, nunca los cuatro, en una media hora, según Gombault, de un modo masivo, no procediendo progresivamente como en nuestra observación; apareciendo la reacción de degeneración que en D. L. no fué hallada ninguna de las diferentes veces que se buscó. Otra manifestación que aleja la idea de una poliomielitis es el período de regresión, durante el cual la atrofia ha seguido invadiendo todos los músculos paralizados, por no haber tenido lugar ese movimiento regresivo completamente patognomónico (?).

De la poliomielitis en el adulto tiene nuestro enfermo: la incontinencia de orina, durante la fase paralítica, aun cuando sean muchos los que niegan á estos fenómenos el carácter de síntoma de una lesión de las células de las astas anteriores (4), la integridad de los nervios craneales, la marcha lenta del restablecimiento sin recidivas y la tendencia á dejar trastornos musculares irreparables.

Pero no por esto se crea que á D. L. puede considerársele como un polineurítico; pues si bien el modo progresivo de constituirse pudiera tomarse por un dato favorable, fijándose se observa que la marcha ha sido demasiado rápida; pues el término medio acusa mayor lentitud (5), siendo de un mes para algunos autores (6). Hay, ade-

(1) Loc. cit.

(2) Sauze: Etude clinique sur la paralysie de l'adulte. *Th. París*, 1891.

(3) Dejerine y Thomas: Maladies de la Moelle en *Traité de Médecine*. Brouardel, t. IX.

(4) Morvan: Contrib. á l'étude de la paralysie spinale aigüe de l'adulte. *Tesis París*, 1905.

(5) Oppenheim: Tratado de enfermedades nerviosas. Trad. española.

(6) Loc. cit.

más, como hechos en contra la falta de alteraciones de la sensibilidad, la falta de invasión de los nervios craneales y la tardanza de la curación.

Atendiendo sólo á su evolución, pudiera pensarse en una neuritis generalizada; pero contra tal idea álzanse irrebatibles la fiebre, lo normal de la sensibilidad, lo simétrico de la repartición y la incontinencia de orina. Algunas de estas objeciones perderían parte de su valor diagnosticando una forma crónica como la descrita por Spillmann y Hanshalter (1), que comienza por dolores lancinantes, hormigueos, calambres, á los que pronto sigue la paresia, la atrofia, la reacción de degeneración y el *steppage*. La sola ausencia de los dolores lancinantes basta para evitar toda duda.

Queda por examinar la parálisis de Landry, que no es sino un síndrome complejo, polineurítico unas veces y poliomielítico otras, por su evolución y terminación (2).

El comienzo es idéntico al del caso objeto de nuestro estudio, dando más realidad á la semejanza la integridad de la sensibilidad y la falta de reacción de degeneración; pero la atrofia, que nunca existe en las parálisis de Landry, la no invasión de los nervios bulbares y la cronicidad del proceso, alejan toda semejanza.

Es, pues, nuestro enfermo un enfermo que, teniendo síntomas de poliomielitis, de polineuritis y de parálisis de Landry, no puede ser incluído en ninguno de estos grupos clínicos, demostrando así que en ellos se trata, pese á todas las distinciones más ó menos artificiosas, de modalidades de una sola entidad, acaso dependientes *de la causa, de la difusión, de la extensión ó de la intensidad del proceso.*

Y si aún quisiera sostenerse la distinción entre poliomielitis, polineuritis y parálisis de Landry, bajo el punto de vista pronóstico, bastará recordar en las polineuritis que su duración y curabilidad es sumamente variable, pudiendo durar días, meses, años (3), y aun dejar estados incorregibles, pues es bastante frecuente el paso al estado crónico, debiendo ser siempre reservado el pronóstico. Y lo mismo ocurre con la poliomielitis, en que, aunque raras y nega-

(1) Contrib. etc. (2 obs. de polyn blenorrh. *(Revue de Médicine*, 1891).

(2) Martinet: La paral ascend aigüe (Syndrome de Landry). *(Th. París*, 1897).

— Muzard: Du syndrome de Landry. *(Th. Lyon*, 1899).

— Marinesco: Sur un cas de paralysie de Landry, etc. (Nota presentada á la Societé de Neurologie por Pierre Marie). *Rev. neurol.*, núm. 6, 1905.

(3) P. Longeart: Etude critique sur l'evolution des polyneuritis. (*Th. París*, 1904).

das (1) por algunos autores, hay formas curables del todo, como las descritas por Landouzy Dejerine (2) con el nombre de «parálisis espinal de marcha rápida y curable», estando la gravedad de la poliomielitis supeditada (3) á la intensidad más que á su naturaleza.

Y aun en la parálisis de Landry, tan precisa y esquemática, hay casos de curación indudable (4).

En definitiva: debemos estar convencidos de que polineuritis, poliomielitis y parálisis de Landry no son especies patológicas, sino como lo prueba nuestro caso, conjuntos sintomáticos cuyo pronóstico está erizado de las mismas dificultades que el diagnóstico, por depender su particularización, más que del órgano de la *naturaleza*, del *asiento* y de la *extensión* (5).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. El papel de la sal común.—II. Las almejas y la fiebre tifoidea. III. El queso.—IV. La *pegnina* y el régimen lácteo.

I. La sal común, tan diseminada por todas partes, y constituyente preciso de los séres vivos, no ha sido bien estudiada hasta hace pocos años. En la actualidad Achard, en sus dos obras (*Le rôle du sel en pathologie, Le rôle du sel en thérapeutique*, ambas de la *Œuvre médico-chirurgical*), ha reunido casi todo lo que se sabe sobre este asunto, y ampliado la materia con sus investigaciones acerca de la retención de los cloruros.

El hombre contiene unos 300 gramos de cloruro sódico aproximadamente, que adquiere con los alimentos, sobre todo con las carnes, y con lo que añade en forma de condimento, que siempre ha parecido preciso, pero que no es indispensable y que se puede valuar en 15

(1) Oppenheim: Loc. cit.

(2) Landouzy et Dejerine: Des paralysies spinales a marche aigüe et curable. (*Revue de Médicine*, 1882).

(3) Oberstenier y Redlich: Enfermedades de la médula espinal en el *Tratado de Medicina Clínica*, de Ebstein.

(4) Oppenheim: Loc. cit.

(5) Perrin: Des polyneuritis. (*Th. Nancy*, 1901).

á 20 gramos diarios. Sale de preferencia con la orina, que contiene en estado normal de 11 á 12 gramos; pero esta eliminación varía con la cantidad ingerida. En condiciones fisiológicss el cloro ingerido es igual al excretado, y gracias á este balance permanece fija la cloruración de los tejidos y de los humores: *así queda regulada la composición de la sangre.*

Atraviesa el organismo sin sufrir, al parecer, modificaciones; su papel químico es nulo ó casi nulo, pero el físico, equilibrio osmótico, es indispensable. Para asegurar su renovación basta una dosis mínima cotidiana, pues la pérdida está en relación con la ganancia; dos gramos bastan, según Richet, y sin duda menos. Esta es la *ración de sostén.* Todo lo demás es *ración de lujo,* que si tal vez procura cierto bienestar al organismo sano suele ser peligroso al enfermo y aun al sano si hay exceso. Cuando el gasto es menor que el ingreso hay *retención,* y ésta puede ser motivo de accidentes. La *ración de compensación ó de tolerancia* está, pues, subordinada á la eliminación.

La retención existe en la neumonía, fiebre tifoidea, fiebres eruptivas, difteria, erisipela, etc.; en la asistolia es de regla; en las nefritis existe en condiciones diferentes. Unas veces es casi nula, otras muy pronunciada; menos de un gramo, aun cuando se ingiera mayor cantidad. Guarda relación con la evolución del proceso morboso, alimentando la salida con el descenso de éste; el hecho ha sido demostrado en la neumonía de brotes sucesivos, y por Claude y Mauté en las nefritis. Y como se puede obrar con más eficacia suprimiendo la sal que dándola, han surgido las aplicaciones de la descloruración terapéutica en la epilepsia (*método metatrófico* de Richet y Toulouse), nefritis parenquimatosas y hasta intersticiales, cardiopatías con edemas, afecciones del hígado, peritonitis tuberculosa, pleuresía aguda, flegmasía alba dolens y, en general, todas las enfermedades con edemas.

La principal ventaja de la dieta láctea es ser una alimentación declorurante por modo relativo (1'3 á 1'8 gramos por litro; pero entre que esto puede ser demasiado y la repugnancia y molestias que la leche es capaz de producir, conviene echar mano de alimentos con pocos cloruros, y entre ellos figuran las patatas, huevos, carne, harina, azúcar, manteca, arroz, pan sin sal, queso blanco, legumbres, con los cuales y la leche se pueden componer *dietas* variadas en armonía con los gustos y aptitudes del enfermo, estado morboso, etc.

En suma, la sal es indispensable para la vida de los animales, bastando unos dos gramos para la ración de sostén; puede ser tomada en mayor cantidad, con ciertas ventajas, añadiéndola como condimentos; pero su abuso en ciertas enfermedades, y hasta en condiciones fisiológicas, puede ser peligroso. No debe pasarse de cierto límite, no exceder la ración de tolerancia (*Journal de Méd. et de Chir. pratiques*, 1905).

II. El siguiente hecho demuestra que las almejas pueden propagar la fiebre tifoidea (*Archives de Médecine Navale*, 1905).

El barco *Duplex*, después de partir de Rochefort; tuvo en quince días siete casos de fiebre tifoidea; seis de los individuos eran del mismo *plato*. El agua era común á todos los tripulantes. La investigación probó que se trataba de la ingestión de almejas, recogidas por uno en el puerto y regaladas á los invadidos; sólo un extraño al plato comió de ellas y éste murió. El único no atacado no quiso comerlas. La fiebre tifoidea fué de tipo clásico. Las almejas fueron comidas crudas. El serodiagnóstico fué positivo. No hubo ningún otro caso. El hecho vale tanto como un experimento de laboratorio. El barco estaba anclado cerca de la desembocadura de una cloaca, y próxima á ésta fueron tomados los moluscos.

III. El ilustrado higienista Dr. L. M. Cowley hace publicar de vez en cuando alguna de las interesantes lecciones que recogen sus alumnos. Una de ellas, relativa al *queso*, por los datos que contiene merece ser conocida, como recuerdo de unos conocimientos y ampliación de otros. La *Revista de Medicina y Cirugía*, de la Habana, la ha dado á luz en 1905.

Cuajada la leche, comprimida y exprimida la masa, y añadida algunas veces sal, se le da forma (de aquí los nombres *formatge* de los catalanes, *fromage* de los franceses, *formaggio* de los italianos, etcétera; en castellano se ha conservado el *caseum* de los latinos.

Es un alimento de todas partes, variable con la región, conocido de los hebreos, griegos y romanos, y cuya invención se atribuye á Aristes por Fourcroy. Este químico decía que debiera elevarse á aquél una estátua, y Brillat-Savarin afirmaba que una comida sin queso era como una mujer hermosa á quien le faltara un ojo. Entran en su composición buena cantidad de substancias nitrogenadas, en especial la caseína, grasa, sal, fosfatos alcalinos y alcalinotérreos y varios productos de desdoblamiento de los albuminoides: leucina, tirosina, butilamina, anilamina, sales amoniacales, ácidos grasos volátiles, carbonato amónico y amoníaco.

Los *quesos frescos sin sal* son blandos, nutritivos, de fácil digestión, á menos que contengan mucha crema, alcalinos, y su conservación es corta, debiendo evitarse el contacto del aire para asegurarla. Se les mezcla á las veces azúcar con gran ventaja; no es tan recomendable su asociación con fresas, frambuesas, hierbas finas, etcétera. El tipo de este grupo es el *requesón*, poco comprimido y muy alterable. A este mismo grupo corresponden: el queso *crema*, hecho con leche caliente coagulada, diluída en crema, azucarado y aromatizado, cuya grata sapidez y digestibilidad son notorias; el *zurrado*, que en vez de crema se mezcla con clara de huevos batidos; el de *Sassenage*, casi sólo preparado con crema; el *Neufchatel* ó queso *Bondon*, dulce, suave, de buen olor, nutritivo, fácilmente digerible, y que apenas se expende en el comercio, siendo casi todos los que se venden groseras imitaciones (la mayoría de los bondones son de esta categoría, alcalescentes, muy salados y con grumos de caseo).

Los *quesos frescos y salados* son excitantes, de digestión fácil si no son viejos, vejez que es revelada por una capa de moho. Hay entre ellos: el de *Briec*, hecho con el cuajo en moldes, frotados con sal, dejado tres días en la salmuera y luego puesto para que fermente en un lecho de paja que le da un sabor especial; el llamado *azul* es un Briec fresco, menos salado, y que no se le coloca en paja. Para Lancereaux el queso de Briec es un buen alimento en los dispépsicos.

El tercer grupo (Chester, Gruyère, Holanda, pategras, Parma, etcétera) está constituído por quesos obtenidos con presión y tratados con el calor, que funde la grasa y la disemina uniformemente por toda la masa. Contienen mucha materia nitrogenada y grasas, se conservan largo tiempo por ser compactos, salados y contener pocas substancias no nitrogenadas (lactosa, ácido láctico y otros); son muy nutritivos y de digestión laboriosa, sobre todo en grandes cantidades. El queso de Holanda forma parte de la ración alimenticia de la marina francesa; el de Parma, con un 50 por 100 de principios nitrogenados y un 16 de grasas, asociado á los macarrones, que tanto abundan en substancias hidrocarbonadas, constituye un alimento casi completo.

Los *quesos fermentados*, mejor *descompuestos*, de olor fuerte, que los persas toman más á disgusto que la asafétida y los chinos que el aceite de ricino, son picantes y producen sed (Matthaol decía que quemaban y producían ideas melancólicas). Son muchos los quesos

de esta clase, por ejemplo, Cabrales y Rochefort. El de Rochefort, preparado con leche de oveja y de cabra, bastante sal y varias otras substancias, queda depositado en cuevas ó grutas cuya temperatura es de 4°, y por las que pasa constantemente á través de las rocas una corriente de aire; tiene intenso olor á macho cabrío y sabor muy picante, antes atribuído al *penicilium glaucum* y consecutiva formación del caseinato amónico, y hoy al *phenlulum uniforme*, que tal vez transforma la caseína. Cowley opina que debe usarse en pequeña cantidad, como debe usarse una cucharadita de mostaza, y aun de ésta más que de aquél; este consejo no cuenta seguramente con el voto unánime de los higienistas.

Estos quesos fermentados y alcalescentes deben ser aceptados más como condimentos que como alimentos; pero los gotosos no han de usarlos (Bouchardat), y los gastrónomos tendrán en cuenta que queman el cardias, como decía Londe.

Hay en los quesos multitud de *bacterias*; por ejemplo: el *bacillus cyano fucus*, que produce en el de Holanda la temida enfermedad azul y es un microbio de la peptona que se nutre de albuminóideos; varios *acarus*, de los cuales el más común es el *Tirogypnus siro*, que da al queso un sabor especial muy agradable para ciertos paladares, pero capaz de producir catarros gástricos; *moscas*, como la *Piophila*, pequeña, negra, muy frecuente, y que deposita sus huevos en el queso; sus larvas se desarrollan en él y son notables por los saltos que dan contrayendo el cuerpo; pueden entrar vivas, convertirse en ninfas en los intestinos y si son abundantes determinan cólicos.

La mayoría de los quesos es *alterable:* sirven de medio á varios *insectos* (mosca verde, doméstica, de podredumbre, etc.); á *criptógamas* (moho, á veces tóxico); sufren *fermentaciones* en atmósferas húmedas y se convierten en irritantes, con olor repugnante y sabor acre. También son susceptibles de enranciamiento: la caseína se desdobla, la grasa recibe hongos que la convierten en ácidos grasos, los *mitas* se instalan en ellos (Rochefort) y las larvas de mosca pasan en este medio la primera faz de su vida.

Los aficionados gustan de algunos de estos cambios: Wiel y Gnehin dan cuenta de la costumbre suiza de quesos de cien años que van pasando de padres á hijos y que sólo se les come en las grandes solemnidades; el desdoblamiento de la caseína les da ese color tan grato á ciertos gastrónomos. Mas téngase en cuenta que los mitas de los quesos de Rochefort, Chester, Hamburgo, Mental,

han sido acusados de producir trastornos gástricos é intestinales. Se cree también que en los quesos pueden desarrollarse *ptomaïnas*. En algunos hormiguean tanto los acaros, que pueden mover los fragmentos pequeños á la par que evolucionan.

A pesar de la conducta de los gastrónomos, esta fauna y esta flora no está exenta de responsabilidades morbosas.

Además de los quesos mencionados, los quesos clásicos, hay otros muchos preparados alimenticios con este nombre.

En *Sajonia* se hace una mezcla con patatas hervidas, peladas y machacadas, y caseum á partes iguales, se amasa y se la añade sal; á los tres ó cuatro días de dejarla muy cubierta en reposo, se la vuelve á amasar, se la coloca fraccionada en canastillos, en los cuales pierde el agua excedente, y luego se les deposita por capas en toneles bien cerrados. Este queso, muy solicitado, es bastante nutritivo.

Quesos de fantasía. Uno de ellos es el *Taou fou*, ó queso de legumbres de los chinos. Se macera durante doce horas, en agua fría, habichuela, garbanzos, etc ; cuando están lo suficientemente reblandecidas para que cedan á la presión del dedo, se les machaca con una piedra de moler hasta formar una papilla, se la hierve y se la pasa por un filtro de anchas mallas; el líquido filtrado se trata con el sulfato de cal y queda hecho el *Taou fou* (1).

La *leche de mujer* ha servido alguna vez para hacer queso.

El llamado *queso artificial* es un producto repugnante, preparado con leche centrifugada y grasas vegetales y animales de procedencia dudosa, cuajada con el fermento lab. Este queso puede contener legalmente hasta el 5 por 100 de aceite de sésamo Es un alimento malo y peligroso.

Se *falsifica* el queso con féculas, revelables con la tintura de yodo, con miga de pan, para que aparezca pronto el moho y tome un aspecto marmóreo ; con el amarillo 2 (ácido disolfasílico) y resorcina, para darle color; con cobre (alfileres), para darle color verdoso; con plomo (papel de envase) ; con orina, para que adquieran pronto reacción amoniacal ; con creta, para aumentar el peso, etc. Se pinta los de Holanda y Gruyère (córcota, ocre rojo), para imitar el tinte de los quesos naturales ; se les tiñe ó lava con agua arsenical, para librarlos de la invasión de parásitos, etc.

Para terminar, una frase de Moleschott : « No puede hacerse queso

(1) Este queso se prepara mejor con guisantes, por contener mucha caseína vegetal. —(R. M.)

sino en las comarcas donde la cría de ganados suministra una superabundancia de leche. Donde hay queso, no puede faltar la carne; donde no falta la carne, se encuentra una sangre nutritiva, y la riqueza de la sangre produce la fuerza muscular, la grandeza de alma y el valor ardiente que inspira la libertad». Esta serie de ideas hizo decir á Juan Müller: «Allí donde se hace queso, florece la libertad».

IV. Von Dungern propuso la *pegnina* en el régimen lácteo. El buen éxito obtenido en Alemania ha inducido á emplearla en Francia.

La pegnina es un fermento *lab*; combinado con lactosa, exenta de todo germen nocivo, proporciona á la leche de vaca este azúcar y la hace más análoga á la de mujer. Para preparar la *leche pegninizada* basta añadir á la leche hervida y enfriada á 40° cierta cantidad de pegnina; la coagulación es inmediata, y los grumos son tan pequeños, que pasan á través de la tetina; el gusto de la leche no cambia. La digestión queda, pues, mucho más asegurada.

En Francia se vende, con el nombre de pegnina, un cuajo muy puro, estéril, mezclado con lactosa. Nueve gramos bastan para un litro de leche. Bardet lo ha usado. Pone tibia la leche y suele aromatizarla con café y agua de laurel cerezo; añade de 60 á 80 gramos de lactosa y de 4 á 8 de pegnina. Tiene el aspecto de una crema muy fina y es de fácil digestión. Si no hubiere pegnina, se puede usar los cuajos en polvo que hay en el comercio; los líquidos son peligrosos por su alterabilidad. Se logra así un alimento semisólido que sustituye muy bien la leche, y que es muy aceptado por los que ya no pueden soportar ésta. La *pegninización* debe hacerse inmediatamente después del ordeño, pues á las doce horas la albúmina forma coágulos grandes de difícil disociación.

Para los niños se añade al principio un 25 por 100 de agua hervida, que poco á poco se va disminuyendo hasta el octavo día, en que se suspende. Los de tres meses deben tomar 150 gramos cada vez (800 diarios); los de seis, hasta 1.200 al día.

Conviene á los que sufren de afecciones digestivas y á los que repugnan la leche. Las observaciones recogidas en Alemania prueban además que los niños pequeños la han aceptado sin excepción alguna, y desde luego mucho mejor que la esterilizada y que la pasteurizada. Uno de los que más la alaban es el Dr. Stalenski, de Friburgo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 11 de Diciembre de 1905.

Un caso de pié equino traumático.—El Dr. *Goyanes*: Es interesante el caso que presenta, tanto por el resultado brillante de la operación como por el resultado de la sutura de la tibial posterior, que fué herida accidentalmente.

Un joven de veintiún años, sin antecedentes de interés, sufrió á los dieciséis años una caída sobre el pié derecho; dolor, impotencia funcional y tumefacción fueron los primeros síntomas, y se estableció en el pié la actitud equina de primer grado (flexión plantar fija, planta excavada, talón elevado, dorso convexo y dedos en extensión ultranormal). La progresión es la característica de los sujetos con pié equino.

Las deformidades adquiridas se clasifican, según Riedinger, en traumáticas, constitucionales, estáticohabituales é inflamatorias secundarias. A éstas añade Goyanes el grupo de las traumáticohabituales, en las que incluye el caso actual; en efecto, el hábito de pisar con el extremo del pié dolorido por la intensa distorsión ligamentosa, fué modelando el equinismo en este caso, en virtud de la adaptación de todos los tejidos á una actitud fija é invariable.

Dada la edad del paciente y lo acentuado de la deformidad, no podía esperarse una corrección incruenta por medio de aparatos, por lo que recurrió é seccionar el tendón de Aquiles y enuclear el astrágalo, valiéndose de la incisión de Kocher para la resección tibiotarsiana y de la técnica habitual de la operación de Lund. Después de extraer el astrágalo, y al hacer una contra-abertura en la parte interna, se produjo una profusa hemorragia que procedía de un ojal abierto en la arteria tibial posterior; el vaso fué aislado, cogido con dos pinzas engomadas por encima y debajo de la abertura, y suturado con seda y aguja fina, mediante siete puntos continuos y penetrantes; al soltar las pinzas, la línea sutural no rezumó gota alguna de sangre, apreciándose latidos arteriales por debajo de la línea de sutura.

La enucleación del astrágalo fué recomendada por Lund en el tratamiéno de los piés equinos no susceptibles de corrección por los métodos inruentos. Debe ponerse en práctica en los casos en que el equinismo no es e origen paralítico. En los niños y en las formas no inveteradas suele basar el tratamiento mecanico-ortopédico, el enderezamiento modelador del ié con apósito escayolado subsiguiente ó la tenotomía de Aquiles. En los asos graves de equinismo habitual, la enucleación del astrágalo permite btener excelentes resultados morfológicos y funcionales. En nuestro caso,

la articulación tibiotarsiana, ahora tibiocalcánea, ni se halla rígida ni oscilante, sino que conserva movimientos de amplitud análogos á los normales. La colocación del pié en un apósito enyesado en buena actitud, y el desprendimiento de los cartílagos diartrodiales de la tibia y del peroné durante la operación, han bastado para evitar la oscilación articular, que á veces sigue á la enucleación astragaliana.

Los comentarios á que se presta la sutura arterial practicada son de gran interés; la falta de trastorno nutritivo del pié hace sospechar que la circulación en el territorio de la tibial posterior persistió indefinidamente. Entre ligar un vaso y comprometer la nutrición de una parte, y suturarle y garantir el riesgo hemático, la elección no es dudosa. En heridas longitudinales se ha suturado arterias de grueso calibre cerca de 40 veces por cirujanos alemanes, ingleses, americanos, italianos y franceses. En España la sutura arterial fué practicada solamente, que yo sepa, en un caso del Dr. Ortiz de la Torre y en el suyo.

Descubierto el vaso, hecha la hemostasia con pinzas engomadas que compriman suavemente por encima y debajo de la herida vascular, se cosen los labios de la misma con puntos continuos, perforantes, próximos y apretados mediante agujas cilíndricas de enterorrafia y seda fina, esterilizada al máximo.

El problema de la sutura de los vasos, como el de toda intervención operatoria en el aparato sanguíneo, es el de evitar la temible coagulación intravascular ó trombosis. Hoy está casi demostrado, por la experimentación y por el examen bacterioscópico, que las suturas asépticas no producen trombosis exclusiva ó total, sino, cuando más, una simple trombosis, quizá de trombo blanco, parietal y no obturante.

El Dr. *Arredondo:* Las suturas arteriales son un progreso, aunque á la larga la arteria se ocluya; como ha hecho notar el Dr. Goyanes, queda tiempo para que la circulación colateral pueda establecerse, y los tejidos no se encuentran de momento privados de sangre, cosa que ocurre en la ligadura.

Por esto mismo es más grave la ligadura de una arteria sana que de otra en que, por alteraciones patológicas, haya disminuído poco á poco su calibre; la arteria que el Dr. Goyanes suturó estaba sana, y el no haberse presentado ninguna complicación demuestra que la sutura se hizo bien, que fué eficiente.

El Dr. *Goyanes* está conforme con el Dr. Arredondo, y dice que aquí ocurre lo mismo que cuando se extirpa un riñón canceroso, poco á poco el otro riñón ha venido á suplirle, y el organismo se ha habituado á vivir con un sólo riñón, pudiéndose así extirpar impunemente el enfermo. No quiere dejar de recordar aquí la original idea del Dr. San Martín de oponerse á la gangrena de los miembros ocasionada por arterio-esclerosis, mediante la anastomosis arteriovenosa. Así se restablece perfectamence la circulación, y si hasta ahora no ha dado buenos resultados en la práctica es porque en la arterio-esclerosis, no sólo las arterias están enfermas, sino todo el aparato vascular.

Posición del seno lateral y su significación en la cirugía otológica.—El doctor *Rueda*: En la operatoria mastoidea los tratadistas se preocupan mucho de

señalar los límites precisos de la fosa cerebral, del nervio facial y del seno lateral, que son los tres enemigos de que hay que huir en esta clase de intervenciones.

Esta noche va á ocuparse del seno lateral. Los autores trazan líneas para marcar su situación exacta, como si esto fuera un problema geométrico, y claro es que con tal precisión teórica debería el práctico tener la absoluta tranquilidad de no herir el seno lateral, siempre que ejecute la trepanación mastoidea. Y esto no es exacto; la situación del seno lateral no está sometida á reglas fijas. En su práctica particular el Dr. Rueda ha tenido ocasión de descubrir el seno lateral en ocho casos, en todos los cuales comenzó la intervención en el punto clásico de los autores.

He aquí lo más saliente de las ocho historias clínicas:

1.ª Una joven de Córdoba, con supuración crónica del oído medio; realmente no había indicación clara para hacer trepanación, pero tales fueron sus deseos de ser operada radicalmente, que se le hizo la operación: á los primeros golpes de escoplo en el sitio clásico se encontró el seno y fué menester hacer una ranura para llegar al antro y la caja. 2.ª Una señora con gran dolor parieto-occipital, consecutivo á una otitis gripal; había mastoiditis aguda, y al operar se encontró con el seno lateral bañado en pus y una verdadera periflebitis: también en este caso operó en el sitio marcado por los autores. 3.ª Un individuo que presentaba supuración aguda, una perforación timpánica de bordes granulosos, ofreciendo juego valvular, que indica que la mucosa está tumefacta y que ha de ir á la cronicidad; propúsole la trepanación, que rechazó, y después de recorrer en peregrinación varias clínicas volvió á la suya con un absceso mastoideo, que dilató, encontrando el periostio sano; pues bien, operando en el sitio donde dicen que el seno no se encuentra, apareció delante del antro y bañado en pus, con sólo haber levantado una laminita ósea del espesor de una cartulina; no había tenido signos de flebitis, sólo había periflebitis, tal vez propagada por la emisaria mastoidea. 4.ª Un niño que padecía supuración crónica escasa del oído medio, con perforación de la membrana de Schrapnel, acusó dolor parieto occipital, y cuatro días después parálisis facial; al operar encontróse una mastoides ebúrnea y, trepanando en el sitio de elección, abrió el seno lateral, siendo preciso, para realizar el vaciamiento mastoideo, caminar de delante á atrás, á usanza de Stacke; al hacer una de las curas, á los pocos días, hubo formidable hemorragia, que cohibió fácilmente, pero sobrevino trombus séptico, flebitis de la vena oftálmica y muerte. 5.ª Un señor con supuración de oídos hace treinta años, con destrucción de la membrana flácida y de la cadena de huesecillos; encuentra también el seno lateral en vez del antro, que apenas existía, y terminó la operación por el método de Stacke, y el enfermo curó. 6.ª Un joven, hijo de un médico, presentaba una fístula mastoidea; pensó ensanchar la fístula y raspar las fungosidades, pero al llevarlo á cabo encontróse en pleno seno lateral, que fué menester limpiar y abrir ampliamente: el enfermito curó. 7.ª Caso interesante por tratarse de una supuración crónica del oído medio con abscesos piohémicos en varios sitios y sin tromboflebitis, lo cual tiene especial significación; dolor occipital enorme, fiebre accesional, perforación del cuadrante posterosuperior, caries del yunque; planea una intervención radical

y cae en el seno lateral, que estaba libre, su pared íntegra y dejando paso normal á la sangre; esperó algunos días para intervenir de nuevo, si la fiebre no cedía; así lo hizo, y al operar segunda vez comenzó de delante á atrás, extrajo el yunque cariado, quitó las fungosidades, pero siguió habiendo fiebres y poco después aparecieron dolores y tumefacción en el codo, que no llegó á supurar; absceso en la fosa supra-espinosa y en la pantorrilla, y la fiebre remitió. 8.ª Este es un caso de autopsia: un joven de catorce años fué llevado á su sala de la Princesa, sin conocimiento, con edema de los párpados, los globos oculares en propulsión, fiebre elevadísima, flemón parotídeo y varias heridas, capaces de hacer despistar á cualquiera, pero todo aquello era de origen otítico; en efecto, había supuración de oído, que produjo la trombosis del seno cavernoso: al levantar la cortical halló el seno lateral y detrás del antro, un colesteatoma como un garbanzo. En la autopsia se vió que tenía meningitis, trombosis del seno cavernoso y flebitis de las oftálmicas.

Estos ocho casos observados por él, que, al decir suyo, no tiene una estadística de enorme cifra, indican cuán frecuentemente el seno lateral se encuentra fuera del sitio que en los libros se le asigna.

Por esta razón, él aconseja una prudencia grande, y

1.° No elegir instrumento ciego, fresa, trépano, etc.

2.° Que los golpes se den sin fiarse en los detalles anatómicos.

3.° En cuanto se perciba su presencia, suspender esta vía y proceder de delante atrás, según la conducta de Stacke.

Otro punto quiere señalar, y es que, cuando el seno rebasa su sitio normal, es que es más grande, su cauce es mayor que el del lado opuesto, y si su inutilización es precisa ó la ligadura de la yugular se impone, el pronóstico se hace más sombrío, porque el seno del otro lado, más pequeño, no verifica la compensación y ocurrirá estancamiento sanguíneo y edema cerebral.

El Dr. *Sterling* afirma que si bien es cierto que la posición del antro no puede determinarse previamente, como han venido á demostrarlo categóricamente los casos del Dr. Rueda, la gran mayoría de las veces su situación está sometida á reglas que nos sirven de excelente guía. Dice que en el cuarto caso debió el Dr. Rueda haber procedido á la ligadura de la yugular y abertura amplia del seno lateral, para evitar la infección que arrebató la vida al enfermo. Los peligros de la herida del seno obligan á no practicar la abertura del antro por simples supuraciones de la caja.

El Dr. *A. G. Tapia*: La interesante comunicación del Dr. Rueda suscita, á su juicio, un problema de palpitante actualidad en cirugía otológica, cual es puntualizar las indicaciones de las intervenciones mastoideas. Porque de algunos años á esta parte existe verdadera trepanomamía, y el Dr. Tapia cree, entre otras razones de muy diversa índole, que esta misma frecuente situación anómala del seno lateral debe ser un freno al furor operatorio. Porque la herida siempre posible del seno lateral es grave, no por la hemorragia, sino por la flebitis á que se está expuesto, dado que siempre se interviene por supuraciones tímpanomastoideas. El caso primero de los citados por Rueda, en el que se operó por satisfacer los deseos de la enferma, pudo ser prueba de lo que él afirma. Por su parte, ha herido una vez el seno operando con las reglas clásicas.

Los casos en que existe una fístula mastoidea están más alejados de este peligro, porque la fístula sirve de guía para establecer la comunicación con el antro. Sin embargo, en varios casos del Dr. Rueda este trayecto condujo al seno lateral, que encontró bañado en pus sin haber dado síntomas de protesta, y esto es muy interesante y digno de tenerse en cuenta.

Respecto al caso de flebitis terminado por muerte, cree muy justificada la prudente conducta de Rueda, puesto que la propagación no se hizo en el sentido de la yugular, y por tanto, la ligadura de este vaso y la abertura del seno no estaban indicadas.

Dice el Dr. Rueda que el no estar el seno en su sitio suele indicar que es grande, su cauce lleva más sangre que el seno opuesto, y en este caso la ligadura de la yugular ó la inutilización del seno agrava el pronóstico, porque produce edema cerebral. Y el Dr. Tapia afirma que la ligadura de la yugular no da edema, porque la compensación se establece por el otro seno, aunque sea más chico, y por todas las yugulares, que tienen á su cargo en un momento dado este papel.

Cree el Dr. Tapia que para evitar la herida del seno es muy buena la maniobra de Wolf, que él emplea con gran frecuencia, y que consiste en trepanar á nivel de la espina de Henle para ir en busca del antro y del aditus; también es buena la maniobra de Stacke. De este modo, aunque no siempre, puede evitarse la herida del seno.

El Dr. Botella: La cuestión traída á la Academia por el Dr. Rueda es de mucha importancia, porque demuestra la facilidad con que puede herirse el seno. Sin embargo, la herida de éste no es apenas temible, hasta el punto de que varios otólogos alemanes atacan la mastoides con grandes escoplos, sin preocuparse para nada del seno y si le hieren taponan y continúan tranquilamente la operación, sin temor alguno á las complicaciones.

Cita también dos casos que pueden sumarse á los del Dr. Rueda: en uno de ellos al separar el periostio que cubre la mastoides, prodújose una hemorragia abundante que procedía del seno lateral dehiscente. En el otro caso, operando también en el sitio clásico para abrir el antro, encontróse el seno lleno de fungosidades que fué menester raspar, produciéndose entonces una gran hemorragia por la rotura del seno y que fué fácilmente conjurada con el taponamiento.

El Dr. *Rueda* muestra su conformidad con los Dres. Sterling y Tapia, creyendo también que hoy se opera excesivamente, y sin necesidad en la apófisis mastoides; porque hay muchos casos en que las supuraciones de la caja y del antro, si ésta es escasa, se curan fácilmente con un sencillo tratamiento conservador. No es partidario de los procedimientos temerarios de que ha hecho mención el Dr. Botella, pues cree que se puede operar muy bien sin necesidad de emplear los grandes escoplos que exponen mucho más á la herida del seno. Dice al Dr. Sterling que si en el caso número 4, no intervino ligando la yugular y abriendo el seno, fué porque, como ya ha dicho el Dr. Tapia, el proceso séptico se propagó hacia arriba y esta faena hubiera sido inútil; bien sabe que hoy se llega hasta este seno y que al Dr. Luc ha delineado tal operación, pero está aún en litigio y sería temerario llevar hasta allí su intervención.

PERIÓDICOS

Mortalidad infantil. — El Dr. García del Real, Catedrático de la Facultad de Medicina de Santiago, comisionado para ampliar sus estudios en el extranjero, ha presentado al Gobierno una importantísima Memoria de la que copiamos las conclusiones:

1.ª La mortalidad infantil constituye una desgracia extendida, aunque no de un modo igual, á todos los pueblos.

2.ª El principal causante de la excesiva mortalidad infantil está constituído por las afecciones del aparato digestivo.

3.ª La mortalidad infantil es:

Primero. Inversamente proporcional al número de madres que crían.

Segundo. Inversamente proporcional á la fortuna de los padres.

Tercero. Directamente proporcional al número de analfabetos de cada país.

Cuarto. Proporcional al número de nacimientos ilegítimos.

Quinto. Incomparablemente mayor en los meses calurosos que en los fríos.

4.ª El estudio anatomofisiológico del aparato digestivo del niño de pecho confirma los datos de la experiencia de que la única alimentación racional del mismo es la leche del pecho materno.

5.ª Sin el estudio lo más completo posible de las condiciones químicas y bacteriológicas de las deposiciones del niño de pecho, resulta extraordinariamente difícil el diagnóstico de las afecciones digestivas que le aquejan.

6.ª El primer remedio que debe aplicarse para limitar la mortalidad en el primer año de la vida, consiste en fomentar la lactancia materna.

7.ª Moralmente no puede recomendarse la lactancia mercenaria en tanto que no se asegure la suerte y el destino de los hijos de las nodrizas.

8.ª Existe un número crecidísimo de niños que deben ser alimentados artificialmente, por no ser posible en ellos la lactancia; hay que admitir, por tanto, la lactancia artificial como un mal necesario, y procurar realizarla del modo más perfecto.

9.ª El principal peligro de la lactancia artificial estriba en el contenido bacteriológico de la leche de vacas y en las descomposiciones que estos gérmenes hacen sufrir á la misma; por esta razón hay que defender hoy la esterilización de la leche, atendiendo á que las ventajas que presenta son infinitamente mayores que sus inconvenientes, y á que la obtención de una leche aséptica es todavía una ilusión.

10.ª Todavía no existe una teoría etiológica de las alteraciones digestivas del niño de pecho que permita explicar de un modo satisfactorio la mayoría de los casos observados. Sobrealimentación, infección é intoxicación son las causas más admitidas.

11.ª La base del tratamiento de las gastro-enteritis del niño de pecho es la sustitución de la alimentación por la dieta hídrica; en segundo término figuran la administración de los calomelanos, los lavados gástrico é intestinal, y los astringentes cuando hayan desaparecido los síntomas generales y los peligros de una intoxicación. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 26 de Diciembre de 1905 (1).

Acción de los yódicos sobre la circulación.—El Dr. Pouchet: El yodo y los yoduros, por una parte, y la yodotirina, el jugo de tiroides fresco y las albúminas yodadas, por otra, tienen una acción inversa sobre el corazón y los aparatos nerviosos extracardíacos. A dosis medicamentosas son los primeros hipertensores y los segundos hipotensores; á dosis tóxicas, los unos y los otros provocan hipotensiones por acción depresiva sobre el miocardio y por parálisis del sistema nervioso. En la práctica, pues, los yoduros no deben ser considerados como medicamentos cardíacos propiamente dichos; la acción circulatoria á dosis terapéutica es secundaria y está subordinada á su acción sobre el sistema linfático y la sangre. Los albuminoides yodados y las preparaciones tiroideas son difícilmente utilizables en la práctica por su gran alterabilidad, y su empleo debiera ser más vigilado de lo que lo es actualmente.

Si sus propiedades farmacodinámicas vasculares se atenúan en notables proporciones, no ocurre lo mismo con sus propiedades tóxicas, puesto que su acción sobre el sistema nervioso y la nutrición han causado numerosos accidentes que se han creído originados frecuentemente por la enfermedad misma.

De la regeneración del aire viciado.—El Dr. Grehant: El problema que he tratado de resolver es el siguiente: respirando un animal en un aire confinado, tratar de absorber completamente el ácido carbónico exhalado y reemplazarlo por el oxígeno puro, el oxígeno fijado en la hemoglobina. Colocando un paquete de potasa del aparato Gugliemineti-Dräger entre una careta aplicada en la cabeza de un perro y un saco de cautchuc que contenga 300 litros de aire, he podido hacer respirar al animal durante doce horas sin que apareciera en el saco ningún indicio de ácido carbónico; pero entre las doce y las diecisiete horas se obtiene por el análisis del aire confinado hasta 2'9 cent. cúb. por 100 de ácido carbónico, lo cual prueba que la potasa no ejerce ninguna acción. Hago disolver en el agua hirviendo la totalidad del carbonato de potasa, y la dosificación en el vacío produce un volumen igual á 71 litros de ácido carbónico. Para reemplazar el oxígeno consumido por el animal se puede inyectar en el saco oxígeno procedente de un gasómetro ó utilizar cilindros á presión provistos de un ingenioso regulador, debido también á Gugliemineti-Dräger.

Codina Castellví.

(1) Las sesiones de los días 5, 12 y 19 se dedicaron á lectura de informes de premios y á la solemne del reparto.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 13 de Diciembre de 1905.

Ileorrectostomía.—El Dr. *Demoulin* hizo el resumen de una nueva observación de colorrectostomía dirigida á la Sociedad por el Dr. Jayle. Se trata de una mujer de sesenta años que padecía obstrucción intestinal completa y aguda, causada por un cáncer de la parte media de la S ilíaca. El doctor Jayle practicó la colorrectostomía con boca bastante extensa (6 centímetros próximamente) por medio de suturas. La enferma sobrevivió quince meses sin signo de estenosis nueva. Murió de caquexia.

El Dr. Demoulin hizo observar que en este caso no se trataba de una enterorrectostomía propiamente dicha, sino más bien de una enterosigmoidestomía. El Dr. Jayle elevó el recto hasta la sínfisis sacro-ilíaca, en cuyo punto practicó la anastomosis. En realidad, el recto no asciende más que 12 ó 14 centímetros por encima del ano, y como es necesario excluir de toda anastomosis la porción comprendida debajo del fondo de saco peritoneal, ó sea un segmento de 5 centímetros próximamente, se comprende que en caso de cáncer de la extremidad inferior de la S ilíaca no queda más que un espacio de 7 á 9 centímetros para formar la nueva boca. Es poco, pero es suficiente, sobre todo si se recurre á un procedimiento de botón (procedimiento de Lardennois), que es indudablemente más fácil de practicar, si no más seguro, que el de las suturas.

Terminó manifestando que, excepto en la oclusión intestinal aguda, en la que las más de las veces la formación de un ano artificial es el método terapéutico preferible, la anastomosis íleorrectal constituye el tratamiento del porvenir de los cánceres inextirpables de la parte terminal de la S ilíaca ó de la superior del recto.

Obstrucción del colédoco.—El Dr. Tuffier: Voy á ocuparme del diagnóstico y tratamiento de las obstrucciones del colédoco.

El diagnóstico suele ser difícil antes, durante y después de la operación.

Antes de la operación necesita resolverse si se trata de una litiasis ó de una obstrucción orgánica del colédoco. La ictericia progresiva y continua es un buen signo de obstrucción permanente orgánica. En cambio, el enflaquecimiento no tiene valor alguno. La coexistencia de la obstrucción de los conductos pancreáticos con la del colédoco es un elemento de diagnóstico, porque dichos conductos suelen ser invadidos en los cánceres de la cabeza del páncreas, y en cambio quedan libres en la litiasis. Por desgracia, ni la patología experimental ni la clínica permiten sacar conclusiones exactas. Se ha dicho que la falta de digestión ó la elaboración imperfecta de las grasas es un elemento de diagnóstico que indica la obstrucción de los conductos pancreáticos. Dastres ha demostrado que de 100 partes de grasa, 60 son digeridas por la bilis y sólo 20 por el jugo pancreático; cuando, como ocurre de ordinario, están obstruídos á la vez el conducto de Wirsung y el colédoco, es difícil calcular con exactitud lo que pertenece á la obliteración de cada uno de ellos en la no digestión de las grasas. Su falta de descomposición y el tiempo que tardan en atravesar las vías diges-

tivas tienen cierta importancia. La descomposición del salol, del que se ha querido hacer otro elemento de diagnóstico, no ha producido los resultados que se prometían de él. La glucosuria que acompaña á la ablación del páncreas, falta casi siempre, si no siempre, después de la ligadura ó de la obstrucción del conducto pancreático. Queda el examen de la sangre, de resultados poco seguros cuando se practica en un enfermo atacado de ictericia.

Durante la operación, el diagnóstico es difícil entre la pancreatitis crónica, el cáncer y la litiasis. En los cálculos de la porción supraduodenal del colédoco, el diagnóstico es más fácil que en los de la infraduodenal. El diagnóstico de éstos es más difícil, porque están rodeados de bastante cantidad de tejido del páncreas, y sobre todo, porque ocupan diverticulums de esta porción del colédoco, y cuando se dirigen hacia la parte posterior es difícil sentir los cálculos y diferenciarlos de una dureza neoplásica. En estos casos procuro penetrar hasta el centro de la obstrucción, disgregando con prudencia los tejidos que me separan del núcleo de la induración. Si creo que esta maniobra es peligrosa, abro el colédoco por encima del páncreas é introduzco con precaución y lentitud un estilete hasta el cuerpo extraño.

Es también difícil durante la operación diagnosticar la presencia de cálculos en el hígado. Creo que es imposible al operar distinguir un cáncer de la cabeza del páncreas de lo que lo que se llama una pancreatitis crónica, tanto más, cuanto que los dos estados patológicos suelen coexistir ó sucederse.

Después de la operación, parece paradógico decir que las dificultades continúan; pero es así.

Estoy completamente de acuerdo con el Dr. Quénu en que en todos los obstáculos localizados cerca del duodeno, lo mejor es procurar suprimir el obstáculo, y si la incisión del colédoco no permite extraer el cálculo, es preciso, antes de practicar la duodenostomía, reducirlo á fragmentos. Estas concreciones suelen ser bastante friables, sobre todo cuando se ha roto su cubierta exterior. Prefiero siempre esta litotricia á las incisiones muy extensas de esta región ó á los destrozos muy peligrosos.

La coledoco-enterostomía debe practicarse en dos circunstancias: 1.ª, cuando toda la región está más ó menos modificada por una inflamación crónica; 2.ª, después de la ablación de la cabeza del páncreas. En el primer caso, creo que el sitio de la desembocadura, en el duodeno, en el yeyuno ó en el estómago, tiene poca importancia, porque lo que se necesita ante todo es encontrar una región flexible y movible, evitando una parte dura, esclerosa, atacada de inflamación crónica, porque entonces el fracaso es casi inevitable.

En resumen: se anastomosará la vesícula biliar á una porción sana del intestino siempre que sea posible. Cuando falta dicha vesícula, la desembocadura del colédoco en el intestino es una operación que los perfeccionamientos de la técnica hacen recomendable.

El Dr. *Routier*, como ejemplo de lo difícil que suele ser descubrir los cálculos de la extremidad terminal del colédoco, refirió la observación de una mujer de cuarenta y dos años, litiásica, á la que, gracias á la colecistotomía, se extrajeron cuatro cálculos situados en el colédoco. Esta enferma

quedó curada varios meses, conservando una fístula; después volvió á padecer los mismos accidentes, y de repente tuvo peritonitis, que se atribuyó á una apendicitis. La laparotomía demostró que el apéndice estaba sano; los días siguientes salieron por la herida excrementos y bilis en abundancia. La enferma murió al poco tiempo. Al hacer la autopsia se vió que la peritonitis era debida á la ruptura de la ampolla de Vater, que contenía un cálculo. Este cálculo existía probablemente cuando se practicó la primera intervención, pero no se sospechó su presencia.

El Dr. *Terrier* dijo que los procedimientos operatorios indicados por el Dr. Quénu y otros cirujanos son antiguos y deben desecharse. El método del porvenir es el de Kehr. Consiste en abrir, explorar y desaguar sistemáticamente y en gran escala las vías biliares, principiando por la vesícula y terminando por el colédoco.

Cisticerco cerebral. — El Dr. *Broca* leyó un informe acerca de una observación dirigida á la Sociedad por el Dr. Waquet. El enfermo era un carnicero que desde hace cinco años padecía crisis epilépticas jacksonianas. El tratamiento bromurado y el mercurial fueron ineficaces. El Dr. Waquet sospechó si se trataría de un tumor cerebral, que localizó, ateniéndose á los síntomas observados, en la región de la extremidad superior del surco de Rolando. Trepanó en este sitio y encontró un cisticerco racemoso del tamaño de una avellana; le extirpó, y observando que la substancia cerebral parecía sana, limitó á esto su intervención. La curación fué completa.

A propósito de esta observación, recordó el Dr. Broca la rareza de los cisticercos del cerebro, de los que sólo se citan dos casos operados con menos éxito que el enfermo del Dr. Waquet.

(*La Presse Médicale.*) — F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 19 de Diciembre de 1905.

Lesiones heredosifilíticas múltiples.—El Dr. *Comby* presentó un niño de siete años y medio, en el que se observan varias lesiones imputables á la heredosífilis: dientes de Hutchinson típicos, rigidez espasmódica y congénita de los miembros inferiores, lesiones específicas del fondo del ojo, etc. La herencia específica procede, indudablemente, de la madre del niño, que murió hemiplégica á los treinta y cuatro años, después de haber tenido varios abortos.

Fístulas congénitas múltiples.—El Dr. *Eschbach* presentó, en nombre de su maestro el Dr. Variot y en el suyo, un niño de cuatro meses que tiene en la parte lateral del cuello y en la región prelagrimal de la órbita pequeños orificios fistulosos que no producen trastorno funcional alguno y por los que no sale el menor derrame. Uno de estos orificios, muy pequeño, se abre á lo largo del borde interno de cada uno de los esternocleidomastoideos, al nivel de la laringe; el color de la piel es normal; á la misma altura que el orificio de la derecha existe una pequeña elevación irregular, de consistencia parecida á la del fibrocartílago del pabellón de la oreja; esta

elevación, cubierta de una piel adelgazada como la del trago, penetra en la profundidad de los tejidos, á los que está adherida.

En el lado izquierdo del cuello, algo por encima del orificio fistuloso, y también hacia el borde posterior del esternomastoideo, se nota, debajo de la piel y en las partes blandas subyacentes, un rudimento de tumor parecido al del lado izquierdo, pero sin elevación apreciable é imposible de seguir en la profundidad del cuello.

Existe un pequeño orificio fistuloso análogo en las inmediaciones del ángulo interno del ojo, á medio centímetro, próximamente, debajo del borde inferior de la comisura palpebral derecha; en el lado opuesto existe otro orificio fistuloso más pequeño, situado de un modo casi simétrico con relación al primero. Estos orificios no dan salida á derrame alguno, ni hay rubicundez periférica ni trastorno funcional alguno. No se ha hecho la menor exploración en dichos trayectos fistulosos. En estas condiciones no está indicada la intervención, ni aun para el tumorcillo fibrocartilaginoso, que no constituye más que una deformidad sin importancia.

Hematemesis por ingestión de laminillas de hierro. El Dr. *Variot* refirió el caso siguiente, en nombre del Dr. Lazard: un niño de quince meses, que había disfrutado buena salud, tuvo una tarde, sin causa apreciable, un vómito que contenía cierta cantidad de sangre líquida y bastante clara; poco después quedó dormido tan tranquilamente que los padres se tranquilizaron y no llamaron al médico. A la mañana siguiente tuvo, con corto intervalo, dos nuevos vómitos de sangre, de color más obscuro. Fué llamado entonces el Dr. Lazard, quien prescribió una poción hemostática y los demás medios apropiados al caso. Por la noche melena.

Al día siguiente nuevos vómitos y nuevas deposiciones melénicas. El Dr. Lazard, que desde el principio se preocupaba de explicar la patogenia de estos accidentes hemorrágicos singulares y que sospechaba la existencia de un cuerpo extraño, recomendó á la madre del enfermito tamizar cuidadosamente los vómitos y las deposiciones para ver si encontraba algún cuerpo extraño ingerido. Este examen no tardó en demostrar lo fundado de las sospechas del Dr. Lazard; en efecto, las deposiciones del niño contenían cierto número de pequeños filamentos metálicos aplastados y laminillas de hierro. El examen radioscópico practicado desde que se sospechó la existencia de un cuerpo extraño fué negativo. Los vómitos sanguíneos y la melena, que habían sido bastante abundantes para producir una anemia acentuada, se mitigaron y cesaron por último, curando al fin el enfermo.

Conocida es la tendencia de los niños á introducir en su boca los objetos más diversos que están á su alcance: monedas, guijarros, botones, etc., cuerpos extraños que, á pesar de su volumen, muchas veces atraviesan las vías digestivas sin producir trastorno alguno; en el caso actual el cuerpo extraño nocivo obró, no por su volumen, sino por sus puntas y bordes cortantes, y provocó accidentes hemorrágicos verdaderamente graves. No es difícil comprender cómo el niño pudo deglutir semejante cuerpo extraño en vez de arrojarlo cuando lo introdujo inconscientemente en su boca; pero el caso es interesante por su rareza y por la habilidad con que el Dr. Lazard atribuyó los accidentes observados á su verdadera causa; es decir, á la presencia de un cuerpo extraño en las vías digestivas.

Flemón laterolaringotraqueal. — Los Dres. H. Dufour y A. Broca: Un niño de pecho ingresó en el Hospital Bastion 27, padeciendo crup diftérico con tiro, que exigió la intubación. La extracción del tubo fué difícil. El niño siguió bien hasta diez días después de su ingreso, en que fué acometido repentinamente de asfixia y de síncopes. Fué preciso practicar la traqueotomía. Después de incindir los planos superficiales, encontramos un gran flemón yuxtalaringotraqueal, y terminamos la traqueotomía. El niño curó perfectamente. Estos abscesos, debidos á una erosión producida en la laringe al introducir ó extraer el tubo, son poco frecuentes.

Nuestra observación no puede compararse con la de los Dres. Apert y Tollemer, pero tiene analogía con una de las de Concetti y con los casos referidos por los Dres. Marfan y Deguy.

La traqueotomía, como indica el Dr. Marfan, puede ser evitada á veces en cuanto se abre el absceso, pero no sucede así en todos los casos. Las observaciones de este género son raras y merecen ser señaladas.

El Dr. *Marfan* dijo que en todos los casos de este género no se hace el diagnóstico hasta el momento de practicarse la traqueotomía, al ver salir el pus en cuanto se incinde la aponeurosis. En ocasiones, no se necesita terminar la operación abriendo la tráquea, porque el flemón es la única causa de los fenómenos asfíxicos que obligan á intervenir. Respecto á la traqueotomía, hay dos escuelas: unos no hacen más que tres ó cuatro intubaciones en ocho días; después, si es preciso asegurar de un modo mecánico la respiración, recurren á la traqueotomía; otros creen que puede repetirse indefinidamente la intubación, recurriendo á la traqueotomía sólo en casos raros y tarde. El Dr. Marfan cree que, en tesis general, no debe prolongarse la intubación más de quince días por temor á las heridas perilaríngeas, provocadas cuando se repite muchas veces la introducción del tubo ó queda éste aplicado mucho tiempo; después de esta fecha, debe practicarse la traqueotomía.

El Dr. *Netter* manifestó que hace un año se ocupó de los peligros de la intubación en los sarampionosos. Sus conclusiones se fundaban en los hechos observados en su clínica; pero después ha sabido que el tubo era extraído muchas veces por presión, y atribuye á esta práctica los resultados desfavorables observados y que le indujeron á condenar la intubación en los sarampionosos. En estos enfermos puede extraerse el tubo como en los demás, pero con grandes precauciones, á causa de su susceptibilidad mayor á las ulceraciones y á los abscesos producidos por la intubación. Respecto á las dificultades del diagnóstico de los abscesos perilaríngeos, está completamente de acuerdo con el Dr. Marfan: estos abscesos sólo se conocen al hacer la incisión.

El Dr. *Comby* dijo que estaba completamente de acuerdo con los doctores Marfan y Netter respecto á lo difícil que es diagnosticar los abscesos perilaríngeos, y citó un caso observado en un niño, en el que no se había practicado la intubación.

El Dr. *Variot* indicó que la intubación es mal tolerada por los sarampionosos.

El Dr. *Barbier* manifestó que, en tesis general, no es partidario de las intubaciones repetidas. Hay casos de difteria de larga duración, en los que

la presencia prolongada del tubo es bien tolerada por la laringe; pero cuando esta reproducción incesante de las falsas membranas se complica con accidentes de supuración y de ulceración, no conviene prolongar el empleo del tubo.

Botriomicosis. — El Dr. *Villemin* refirió el caso de un niño, el cual, después de una herida consecutiva á una caída sobre la palma de la mano, presentó en la herida una granulación carnosa de gran volumen, que recordaba por su aspecto las descripciones que se han hecho de la botriomicosis, aunque los exámenes repetidos no revelaron la existencia de microbio alguno. Se funda en este hecho para negar que exista la botriomicosis humana.—(*Le Progrès Medical.*)—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 29 de Noviembre de 1905.

Consecuencias de las inyecciones de parafina blanda.—El Dr. *Kirschner* presenta un hombre al que se le han practicado, hace cuatro años, inyecciones de parafina blanda para corregirle una nariz de silla de montar. Poco á poco se desarrolló en la raíz de la nariz un tumor que fué necesario extirpar y que está constituído por tejido conjuntivo con focos de granulación que contienen células gigantes.

El autor presenta preparaciones de este tumor y de otros análogos que se han desarrollado en sitios en que se había inyectado parafina, y deduce de estos hechos que la parafina, lo mismo la blanda que la dura, se absorbe por completo, circunstancia que hace poner muy en duda la permanencia del resultado obtenido.

El Dr. *Eckstein* no niega la posibilidad de dicha absorción, pero añade que se efectúa con tal lentitud, por lo menos con la parafina dura, que apenas merece ser tenida en cuenta. Dice, además, que se ha podido convencer en muchos casos de la permanencia del resultado obtenido.

El Dr. *J. Joseph* refiere que en algunos casos de nariz en silla de montar, en que se habían practicado inyecciones de parafina, fué necesario hacer nuevas correcciones porque el éxito había sido poco satisfactorio. En estos casos se encuentra la parafina dura deshecha en trocitos y la blanda en granitos muy finos. A su juicio, las inyecciones deben reservarse para los casos en que está tan desfigurada la fisonomía que no puede perder aunque se emplee un procedimiento tan inseguro como la parafina.

Ulcera tuberculosa de la conjuntiva.—El Dr. *L. Hirsch* presenta una niña que tiene una úlcera tuberculosa de la conjuntiva ocular y que piensa tratar como otro caso que ha presentado después de curado. En este caso excindió la úlcera y transplantó un trozo de mucosa bucal.

Eritromelia.—El Dr. *A. Lippmann* presenta un caso que califica de eritromelia. Presenta atrofia y cianosis de la piel en las extremidades, sin que exista ningún otro síntoma nervioso.

Demostración de la sangre en el contenido gastro-intestinal.— El Dr. *Ewald* presenta heces fecales de color amarillo claro y contenido gástrico de color

gris claro. A simple vista nadie podía sospechar que existiera sangre en dichos materiales, y sin embargo, ambos han dado resultado positivo y muy evidente con la prueba del guayaco y la de la aloína.

El Dr. *Sénator* hace observar con este motivo que para practicar dichas pruebas se debe excluir la carne de la alimentación á fin de evitar todo error.

El cinematógrafo y los rayos Röntgen. — El Dr. *Levy-Born* presenta cuatro series diferentes de radiogramas sacados con el cinematógrafo, series que se refieren al movimiento de la muñeca, á la pronación y supinación del antebrazo, á la flexión y extensión de la rodilla y á un movimiento aparente de la rótula, ocasionado por el deslizamiento del tubo de Röntgen. El autor insiste con este motivo en lo útiles que son semejantes radiogramas para el estudio de la fisiología y de la patología; pero hace observar, además, las dificultades con que se tropieza para sacar tales series cinematográficas. En efecto, se necesitan placas de 18 × 24 centímetros, que hay que cambiar con suficiente rapidez, evitando al mismo tiempo toda dislocación del objetivo.

Frecuencia de la tuberculosis primitiva del intestino.—El Dr. *Orth* dice que no hay que creer que toda tuberculosis primitiva del intestino ha de reconocer por causa el bacilo de la perlosis, puesto que también pueden llegar á la boca bacilos humanos que son después arrastrados al intestino al tomar leche de buena calidad. Esta cuestión no se puede resolver anatómicamente, sino á lo sumo con el examen bacteriológico, cuando se pruebe que en el caso respectivo el bacilo tuberculoso presenta el tipo bovino ó el humano. De 77 cadáveres de niños tuberculosos que examinó el autor en el curso de 1904 á 1905 encontró 6 de tuberculosis primitiva del intestino, ó sea un 8 por 100. Estas cifras tienen tan poco valor como las de los demás autores por tratarse de series demasiado pequeñas, en las que cada caso aislado todavía puede modificar mucho la proporción centesimal. No se puede desconocer que existe una gran diferencia entre las cifras publicadas por Heller, de Kiel, y las de los autores berlineses; pero es imposible encontrar una explicación de tal diferencia, sobre todo por los anatomopatólogos que no saben nada de la historia clínica de los niños respectivos. La técnica de la autopsia no explica la diferencia en ningún caso.

El Dr. *Benda* ha encontrado una proporción muy parecida á la hallada por el Dr. Eden, habiendo sido completamente indiferente para el caso que la autopsia se hubiese hecho, según el método de Heller ó según otro cualquiera.

El Dr. *Zinn* hace notar que los datos presentados por Eden y que se refieren al hospital de Betania no pueden servir para otra cosa que para unirlos á otros, quedando á cargo de la Dirección Imperial de Sanidad su utilización interior.

El Dr. *A. Baginsky* dice que en sus casos ha resultado también el 8 por 100 de tuberculosis primitiva del intestino. Rechaza el reproche de no haber hecho la autopsia con bastante minuciosidad y aduce en su defensa el hecho de que de 26 casos que él había calificado de exentos de tuberculosis, sólo en uno encontró la Dirección Imperial de Sanidad una tuberculosis que se hallaba en sus primeros comienzos. Parece una exageración des-

de el punto de vista clínico hablar de infección tuberculosa por haber encontrado un tubérculo aislado en la pared del intestino.

Se deduce, además, de los datos del autor, que la cifra de muertos por tuberculosis aumenta lentamente hasta la edad de seis años, después desciende, y sólo mucho más tarde vuelve á subir. Estos datos se oponen á la opinión de Behring de que la infección realizada en el niño de pecho no se manifiesta hasta más tarde. Lejos de ser así, los niños infectados en edad temprana mueren también pronto hasta la edad, próximamente, de seis años; los que mueren después han sido infectados más tarde.

El Dr. *Dührssen* presenta tres mujeres en las que una tuberculosis intestinal, asociada con tuberculosis peritoneal y fenómenos clínicos graves, se curó después de una simple laparotomía. La curación tiene de fecha en una de las mujeres ocho años, en otra cuatro y medio y en la tercera nueve meses.

El Dr. *Henke* dice que entre 117 autopsias de niños ha encontrado 3 casos de tuberculosis primitiva del intestino.

El Dr. *Eden* hace notar de nuevo la diferencia que hay entre los resultados de sus investigaciones y los obtenidos por otros autores.

(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 24 de Noviembre de 1905.

Tratamiento de las fracturas.—El Dr. *Antonio de Eiselberg* trata del manguito Storp, que aconseja como el medio más conveniente para tratar la fractura típica del radio, y presenta dicho manguito, que permite inmovilizar los fragmentos sin necesidad de fijar la articulación de la muñeca.

Para mostrar los perjuicios que acarrea un vendaje inamovible á la movilidad de las articulaciones, presenta el autor una enferma, á la cual, á causa de una fractura de la pierna, le habían colocado un vendaje circular de yeso hallándose la rodilla en ángulo recto. A consecuencia de haber dejado puesto dicho vendaje durante tres meses, la rodilla, no obstante estar sana, se anquilosó en la posición anormal. Cuando ingresó la enferma en la Clínica estaban tan rígidas ambas articulaciones que no se podía realizar con ellas ningún movimiento, ni siquiera pasivo. Con la resección ortopédica de ambas rodillas se vencieron las contracturas, de suerte que la paciente puede andar hoy con auxilio de dos bastones.

El Dr. *Antonio Bum* refiere que en un quinquenio ha observado 66 casos de fractura del radio en el sitio clásico, los cuales fueron sometidos á un tratamiento mecanoterápico de tres y media á diez semanas después de sufrida la lesión, á causa de las grandes alteraciones funcionales que había en estos pacientes. En cambio ha tenido nueve casos de fractura del radio que habiéndose sometido á sus cuidados á los pocos días de ocurrido el accidente, se curaron sin ningún trastorno funcional.

Intoxicación con el clorato potásico.—El Dr. *Enrique Albrecht* presenta preparaciones procedentes de un caso de metemoglobinemia ocasionada por intoxicación con el clorato potásico.

Un niño de unos tres años que contrajo en octubre la tos ferina después de haber estado sometido por mucho tiempo á tratamiento, á causa de una afección pulmonar, enfermó á fines del mismo mes con varicela. Desde el 11 de noviembre tenía catarro intestinal y estomatitis; el 14 presentó rubeola. Entonces le dieron, dos días antes de su muerte, medio gramo de clorato potásico cada día con 80 de agua, y al mismo tiempo subnitrato de bismuto. Tomó, por lo tanto, 1 gramo de clorato en dos días. Además se le aplicó una irrigación con disolución ligera de tanino y resorcina. La muerte sobrevino con colapso y pulso pequeño (128), respiración muy frecuente y temperatura de 35°,9.

Autopsia. — Foco caseoso antiguo en el vértice del pulmón derecho, tuberculosis crónica de los ganglios linfáticos bronquiales, bronquiectasias en todo el óvulo inferior derecho con cavernas bronquiectásicas, hígado sumamente graso, infarto esplénico considerable, catarro intestinal y metemoglobinemia típica.

Lo notable de este caso es lo corto de la dosis, que produjo efecto funesto. Según Mehring, dosis de clorato potásico inocentes para el hombre sano son tóxicas cuando hay fiebre, disnea, ó disminución de la alcalinidad de la sangre, factores que sin duda alguna han desempeñado su papel, y que también se pueden invocar para explicar una idiosincrasia.

El Dr. *Hermann Telky* hace notar que los médicos de Viena han renunciado casi por completo al uso del clorato potásico desde hace muchos años, precisamente por la frecuencia con que se venían observando intoxicaciones con dicho medicamento.

El Dr. *Franz Schoph* refiere un caso en el que sobrevino la muerte con sólo hacer gargarismos con clorato potásico.

El Dr. *Carlos Reitter* dice que en la Clínica de Schrötter también se evita mucho el uso del clorato, y cree que lo mejor de todo sería prescindir en absoluto de él.

El Dr. Rodolfo Kenrath: El gran contraste que se observa entre la rareza de los casos de intoxicación y la frecuencia con que se emplea el medicamento vendido sin trabas en droguerías y boticas, hace pensar en la necesidad de algún factor accidental para que sobrevenga la intoxicación. De todos modos, debe prohibirse la venta libre del clorato potásico.

El Dr. *Ricardo Grünfeld* participa haberse presentado hoy en la Clínica de sífilis y enfermedades de las vías urinarias un hombre que ingirió hace tres semanas (el 4 de noviembre) 15 gramos de clorato potásico que le habían prescrito en tres dosis para gargarismo, debiendo disolver cada dosis en un cuartillo de agua. El enfermo, por hacerlo mejor, tomó el medicamento por la boca, y hasta la fecha no ha tenido novedad particular.

Perforación del apéndice en niños de pecho.—El Dr. *Enrique Albrecht* presenta preparaciones conservadas por el método de Kayserling, referentes á dos casos de perforación del apéndice en niños de pecho con peritonitis purulenta. En la literatura sólo se encuentra un caso de apendicitis en niños de pecho.

Dada la frecuencia de la rinitis, de la faringitis, de la bronquitis y de la pulmonía, en esta edad en que se tragan casi todas las secreciones y los exudados con gran cantidad de bacterias, no deja de ser extraña tal rareza. Lo más probable es que para desarrollarse la apendicitis, á la vez que otros factores (cambio en la alimentación, traumatismos) desempeñen papel preparatorio catarros crónicos recidivantes de muchos meses ó años de antigüedad.

Tuberculosis cutánea.—El Dr. Salomón Ehrmann: Con motivo de un caso de tuberculosis producida por inoculación en el mono, presentado por el Dr. Rodolfo Kraus, manifesté, de acuerdo en esto con Riehl, que la lesión cutánea que se observaba en el punto de inoculación presentaba diferente aspecto que en el hombre, pero que en éste se observan casos cuyo curso ulterior se parece mucho á lo observado en el mono presentado por Kraus.

En la Sociedad Dermatológica presenté tres de dichos casos y ahora presento otros tres. En todos ellos se trata de una úlcera primitiva contraída por inoculación en el labio ó en el ángulo de la boca; después se presentan en la zona inmediata una forma característica del lupus papuloso y túmido, cicatrices especiales de color rojo azulado, y además una infiltración crónica de los vasos y ganglios linfáticos respectivos, con durezas palpables y con tumefacciones que en un caso quizá están reblandecidas en el centro.

El lupus está constituído en todos los casos por eflorescencias procedentes de la profundidad y que sobresalen á manera de casquete en la superficie, distinguiéndose de este modo claramente de un lupus típico superficial. Sólo en los puntos en que las lesiones han llegado por completo á la superficie es donde se encuentra el aspecto rojo amarillento y la consistencia blanduja de los nódulos superficiales de lupus. En los dos casos la lesión ha sido producida por dientes de borde cortante; en el tercero por un diente que había quedado libre; en un caso se trata de una auto-infección.

El caso primero se refiere á un hombre de veinticinco años, que notó hace catorce meses una pequeña prominencia desigual en el ángulo derecho de la boca, hinchándose después las partes blandas y la zona inmediata. Ahora se encuentran también, además de pápulas diseminadas en las inmediaciones del pliegue nasolabial, un cordón profundo con nódulos de tamaño mayor que el de un haba, cordón que presenta á trechos algo de fluctuación. Con dos sesiones de rayos X ha disminuído mucho la intensidad del proceso; la pápula es más plana, el cordón más delgado y las zonas fluctuantes se han absorbido. El enfermo tiene tuberculosis de vértice y la auto-infección se realizó evidentemente por medio de un diente suelto que tropieza con el ángulo derecho de la boca.

El segundo caso se refiere á una mujer de cuarenta y ocho años, que desde hace algunos tenía en la mucosa del labio inferior una úlcera ocasionada por un diente cortante, úlcera que fué seguida de hinchazón del labio y también de la mucosa del carrillo. Esta hinchazón tiene al parecer diez años de fecha. Con seis sesiones de rayos X se ha logrado una notable mejoría.

Lo notable de estos casos ha sido su gran sensibilidad á los rayos Röntgen.

El Dr. Eduardo Lang: En ciertas formas de tuberculosis cutánea dan

excelente resultado los rayos X; también son útiles en las afecciones tuberculosas de los vasos y ganglios linfáticos y en los gomas tuberculosos de la piel.

Rotura subcutánea del intestino; operación; curación.—El Dr. *Egon Ranzi* presenta un caso, ya curado, de rotura subcutánea del intestino, que se produjo por haber levantado un cuerpo de mucho peso. A las catorce horas del accidente se practicó la laparotomía y la sutura de la abertura de perforación que se había producido en el íleo. Curación.

Con motivo de este caso y de otro análogo observado hace un año en la clínica, el autor estudia el mecanismo de estas roturas por reventamiento ó estallido, en las que, como ya lo hizo notar Bunge, parecen desempeñar cierto papel etiológico la existencia simultánea de aberturas herniarias abiertas.

Afección de todo el sistema linfático.—El Dr. *Pablo Clairmont* presenta un caso en que está afectado patológicamente todo el sistema linfático. La tumefacción de todos los ganglios y la participación de la médula ósea, que también existe al parecer, hacen creer que se trata de una linfomatosis crónica con alteración sublinfémica de la sangre.

Síntomas hemilaterales en la epilepsia genuina. — El Dr. Emilio Redlich: La presentación de ataques de tipo y curso especiales en los casos de lesiones corticales (epilepsia jacksoniana), y sobre todo los casos de parálisis cerebral infantil con epilepsia (Marie), en los que se observa á veces que los fenómenos paralíticos quedan muy en segundo término (parálisis cerebral infantil sin parálisis, Frend, Sachs, etc.), ha inducido á ciertos autores á prescindir cada vez más de una distinción rigurosa entre la epilepsia genuína y la sintomática, admitiendo, en cambio, que la epilepsia genuína también tiene siempre por base alteraciones anatómicas del cerebro.

En 150 casos de epilepsia genuína que he observado en estos últimos tiempos, he tratado de buscar una lesión cerebral, partiendo de los fenómenos clínicos. Como expresión típica de tales fenómenos, debía considerarse la hemiplegia cerebral. Se buscaron con cuidado no sólo síntomas ligeros de parálisis, sino diferencias en la inervación de los nervios cerebrales y de las extremidades, y también se estudiaron las diferencias en los reflejos tendinosos y cutáneos. Sabido es que estos últimos están disminuídos casi siempre en el lado paralizado. En la epilepsia se observa que, después de los ataques, sobre todo si son muy repetidos, disminuyen y hasta se extinguen los reflejos cutáneos; pero este fenómeno suele ser bilateral. Por otra parte, he observado que en algunos casos de estados irritativos de la corteza, v. gr., de epilepsia jacksoniana consecutiva á lesiones corticales, también están algo exagerados los reflejos cutáneos en el lado paralizado. Hechos parecidos se observan en la epilepsia genuína. Por otra parte, hay que considerar que la lesión supuesta también puede interesar á una zona no motora, en cuyo caso habrán de faltar síntomas de hemiparesia, ó puede también tratarse de lesiones bilaterales, ó sea de diplegias cerebrales, en cuyo caso ha de ser difícil y hasta imposible la comprobación de perturbaciones ligeras, porque falta término de comparación. En un 40 por 100 de casos próximamente, los resultados del examen han sido positivos. Además de

este tanto por ciento hay otra fracción en que dicho resultado fué dudoso, quedando una mitad de casos en que ha sido negativo.

Demuestran, por lo tanto, estas investigaciones la existencia de síntomas hemiparésicos muy ligeros en un gran número de casos de epilepsia genuína, lo cual constituye un argumento de mucha importancia á favor de la opinión de que en la epilepsia genuína existen lesiones anatómicas, aunque ligeras, por más que hasta ahora no pueda asegurarse si son causa de la enfermedad y de los ataques ó, por el contrario, se desarrollan poco á poco con los progresos del mal, y sobre todo, con la repetición de los ataques. El hecho de que en la mitad de los casos de epilepsia genuína se encuentren síntomas hemiparésicos ligeros, puede adquirir cierta significación diagnóstica. Cuando se encuentren tales síntomas, hay que pensar en la epilepsia : el dato negativo, en cambio, deja planteado el problema diagnóstico.

El Dr. *Julio Tappert* se muestra inclinado á creer que son mucho más frecuentes los casos de epilepsia sintomática que los de epilepsia genuína, por lo menos en la infancia. Según esto, se pueden dividir los casos sintomáticos en : 1.°, casos de parálisis cerebral infantil con epilepsia; 2.°, casos con convulsiones hemilaterales que después de muchos años de duración se convierten en epilepsia típica; 3.°, casos en los que se presentan al principio convulsiones hemilaterales y de pronto, casi siempre después de un ataque, quedan paralizadas las extremidades de un modo definitivo; 4.°, cosos que presentan el cuadro de la epilepsia sin ninguna parálisis, pero con los mismos antecedentes que las parálisis cerebrales infantiles.

El Dr. *Ervin Stransky* recuerda un caso que presentó el año pasado á la Asociación de Psiquiatría, referente á un epiléptico adulto, en el que transcurrieron cerca de quince años de epilepsia genuína, y sólo pasado dicho plazo fué cuando se manifestaron síntomas hemilaterales bajo la forma de paresia especial con contractura de las extremidades del mismo lado, siendo también digno de notar el hecho de que el enfermo acostumbraba á localizar el áura sensible en la extremidad superior parésica. También es digno de hacer constar el antecedente de que estos fenómenos hemilaterales se presentaron al principio como consecuencia de los ataques.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

SOCIEDAD MÉDICA DE FILADELFIA

Sesión del día 8 de Noviembre de 1905.

Fisiología patológica de la neurastenia.—El Dr. *W. Pickett* dijo que, á juzgar por la etimología, la palabra neurastenia significa más bien falta de resistencia que simple debilidad. En la miastenia grave los músculos, inerados por el bulbo, se fatigan con gran facilidad; Strümpell la llama parálisis bulbar asténica por su semejanza con la parálisis bulbar orgánica. Otro estado de fatiga muscular—la astenopía—se asemeja también, aunque no tanto, á cierta enfermedad nerviosa orgánica, la parálisis óculo-

motora. La extenuación general de varios órganos y funciones origina por analogía una enfermedad de todo el sistema nervioso y á la que se llama neurastenia. La extenuación en la neurastenia es favorecida por la falta de reacción, de modo que en los casos confirmados el enfermo, no sólo se fatiga con facilidad, sino que continúa fatigado.

Los síntomas de irritabilidad en la neurastenia son debidos, al parecer, á la disminución de la energía de los centros superiores, los cuales se fatigan; un ejemplo mecánico de ello es la sacudida de la rodilla, que se explica, lo mismo que las enfermedades nerviosas orgánicas, por la exageración funcional de los centros espinales, que se hacen en cierto modo independientes de los encefálicos. Siguiendo este razonamiento, la neurastenia puede ser considerada como una enfermedad funcional del encéfalo.

En las personas neuropáticas la extenuación interesa los centros superiores y ocasiona ciertos síntomas psíquicos. Hay, sobre todo, obsesiones (locura de la duda, tumores morbosos, impulsos é ideas imperiosas) que constituyen la psicastenia de Janet.

La neurastenia es una simple neurosis de la fatiga y no debe ser confundida con los estados sintomáticos de extenuación de la tisis, de las afecciones cardíacas y febriles, de la parálisis incipiente, etc. Estos son á la neurastenia lo que el «estado tifoideo» á la fiebre tifoidea. La química de la fatiga no explica la neurastenia; tampoco hay en esta enfermedad verdadera degeneración de los cuerpos de las células corticales, como suponen algunos autores. La enfermedad puede compararse en su esencia á una batería eléctrica cuyas pilas no funcionan, es decir, que hay en ella un gasto de energía nerviosa superior á su producción.

Diagnóstico de la neurastenia. — El Dr. *F. X. Dercum* dijo que al estudiar un caso de afección nerviosa funcional deben tenerse en cuenta primero las tres grandes neurosis: neurastenia, histerismo é hipocondría; segundo, los diversos estados nerviosos que preceden á las psicosis completamente desarrolladas, por ejemplo, el período prodrómico ó de desarrollo de la melancolía, de la paranoia, de la demencia precoz, etc. A estos estados, que jamás presentan el grupo sintomático de la neurastenia, se les designó hace algunos años con el nombre de neurastenoides. Los síntomas presentados no son verdaderamente neurasténicos, sino sencillamente parecidos á los de la neurastenia. Es preciso, finalmente, tener en cuenta los síntomas nerviosos de que van acompañadas varias enfermedades viscerales y generales, orgánicas y funcionales. En este caso los síntomas nerviosos no son los de la neurastenia verdadera, y cuando existe es sintomática. Esta neurastenia sintomática se observa en la clorosis y en otras enfermedades de la sangre. Suele existir en las enfermedades de las diversas vísceras, y este hecho tiene tan gran importancia que cada caso debe ser estudiado detenidamente desde el punto de vista de la medicina interna. Por esta razón el diagnóstico de la neurastenia suele ser imperfecto.

En detalle, los síntomas de la neurastenia suelen ser en su esencia los de la fatiga crónica, de una fatiga que se ha exagerado y hecho patológica, razón por la cual el Dr. Dercum llama desde hace varios años á la neurastenia «neurosis de la fatiga». El análisis de los síntomas de la neurastenia prueba que los sensitivos son sensaciones generalizadas de fatiga. Entre

los motores se encuentran en diversos grados fatiga y debilidad muscular, y, sobre todo, tendencia á la extenuación muscular precoz. Entre los psíquicos merece citarse la disminución de la capacidad para el esfuerzo mental prolongado, tendencia á la extenuación mental y disminución de la inteligencia. Entre los somáticos figuran una atonía especial de los aparatos digestivo y circulatorio, trastornos de las secreciones que pueden interpretarse sólo como síntomas de debilidad y de inervación defectuosa, y finalmente, trastornos de las funciones sexuales que pueden atribuirse á la debilidad y á la excitabilidad.

Estos síntomas los considera el Dr. Dercum como esenciales de la neurastenia; á los restantes les da el nombre de secundarios ó adventicios. Los primeros son siempre los de la fatiga crónica y persistente, mientras que los segundos son sus accesorios.

Tratamiento de la neurastenia.—El Dr. *C. K. Mills* considera la neurastenia como una verdadera entidad clínica. Su tratamiento comprende la quietud, la alimentación adecuada, el ejercicio, el trabajo, los medicamentos y ciertos medios especiales, como el amasamiento, la electricidad y la hidroterapia. Sea cual fuese el tratamiento que se emplee, la sugestión empleada de buena manera desempeña un papel importante. Los neurasténicos son muchas veces, si no siempre, neuróticos ó neuropáticos, y por esta razón, entre otras, el tratamiento psíquico es importante. La quietud y el sueño durante nueve ó diez horas diarias son de gran utilidad. El amasamiento es más útil que la electricidad, aunque los dos son auxiliares eficaces del tratamiento por el reposo. Conviene emplear la alimentación mixta bien elegida, aunque á veces es necesario principiar por la dieta láctea y continuar administrando, durante algún tiempo, leche y huevos, estos últimos de preferencia crudos. Es necesario asegurar la digestión y la asimilación de los alimentos. Si se cree conveniente puede recurrirse á los ejercicios respiratorios sistemáticos, equitación, etc.

Cuando se emplea la quietud, lo primero que debe hacerse es recomendar el aislamiento del enfermo. Pocos casos, aun los de neurastenia típica, dejan de mejorar con este tratamiento empleado de buena manera.

Las vacaciones estacionales, como método de principiar el descanso, deben ser, cuando menos, en número de dos: una relativamente larga, en la época ordinaria de estío, y la otra en febrero ó á principio de marzo. Los ataques de neurastenia y otras formas de trastorno nervioso, como el histerismo, la corea y la melancolía, pueden á veces prevenirse si el enfermo tiene un período de descanso completo lejos de los medios que le rodean. Se dice que el trabajo es útil á veces en el tratamiento de la neurastenia. Es preciso tener sumo cuidado en su elección y en el modo de ejecutarlo.

Contra el insomnio, el sulfonal, el veronal y la cloramida son los hipnóticos más útiles, aunque en ciertos casos es posible hacer conciliar el sueño por el amasamiento y por otros medios hidroterápicos suaves.

Son necesarios pocos medicamentos, y los más útiles son los que favorecen la digestión, mejoran la energía circulatoria y tonifican los centros nerviosos. Son útiles los cloruros de orio y de sodio, el arsénico, las sales de zinc, la estricnina, la nuez vómica á pequeñas dosis; son eficaces también el cactus, la asafétida y la cafeína.

El Dr. *C. A. Woodruff* se ocupó de la neurastenia en los trópicos, con referencia especial á las Islas Filipinas, donde es tan frecuente que merece el nombre de neurastenia tropical. Cree que si se sabe poco de la neurastenia en la India es porque los médicos europeos tienen acerca de ella opiniones distintas que los americanos y dan diferentes nombres á las enfermedades nerviosas predominantes en el país. El síntoma más importante de la neurastenia, observado en Filipinas, es la pérdida de la memoria, estado que en los jóvenes desaparece al regresar á su país. Otra forma es la indigestión grave que va acompañada de disentería. En ciertos casos produce grandes sufrimientos la ingestión hasta de un huevo pasado por agua. En los trópicos, la indigestión de la neurastenia es indicio de inanición y de muerte. No es raro ver conducir enfermos de los hospitales á los buques, enfermos moribundos, al parecer, y que mejoran á los pocos días de travesía, y llegan á los Estados Unidos en un estado bastante satisfactorio.

El ser humano, igual que los animales inferiores, tiene en la piel un pigmento destinado á proteger de los rayos luminosos el protoplasma subcutáneo, y que constituye una armadura opaca. Se ha observado que cuanto más fuertes son los rayos luminosos de un país más obscura es la piel de sus habitantes. El Dr. Woodruff ha hecho observaciones en este sentido en Filipinas. Ha visto que cuanto más blanca es la piel de los soldados mayor es la cifra de morbilidad, y que la de mortalidad es casi doble. Lo mismo ocurre en las familias : una hija rubia es neurasténica y otra morena no contrae esta enfermedad.

Observaciones ulteriores han demostrado que en Suecia, en Escocia y en las comarcas meridionales y centrales de Noruega hay más personas rubias que en ningún otro punto del mundo, y que en la parte meridional de Italia hay muy pocas. Los hombres de piel blanca que van á la India no sobreviven después de la tercera generación; los hombres blancos que se trasladan de su país á otro más iluminado por el sol corren á buscar la muerte. Este asunto es interesantísimo en lo que se refiere á los tuberculosos, y se cita el caso de un enfermo curado en Saranac: se le envió á vivir á Denver, pero no pudo permanecer en este punto á causa de los fenómenos nerviosos que principió á padecer. Este hombre era muy rubio.

La comparación de la estadística de mortalidad en los diversos países de los Estados Unidos prueba que es menor en la parte septentrional — Washington, Oregon y Alaska —, donde los rayos solares son débiles, lo que prueba que, á pesar de esto, se disfruta buena salud. Dedúcese de lo indicado que no conviene enviar á los climas meridionales á los enfermos de piel blanca.

El Dr. *Wharton Sinkler* cree que la cuestión de la influencia del sol y de la obscuridad es interesantísima. Se encuentran con frecuencia casos de neurastenia desconocida, como se observan también á menudo casos de enfermedad orgánica diagnosticada de neurastenia. Puede citarse como ejemplo un enfermo que padecía úlcera sifilítica y estrechez del esófago, á cuyo individuo un hábil cirujano había diagnosticado de neurasténico. Uno de los diagnósticos más difíciles es el de la neurastenia y el histerismo. Considera la neurastenia como neurosis de la fatiga. Cree que es más común y rebelde en los hombres que en las mujeres, y que no hay otra en-

fermedad en la que sea más necesario variar el tratamiento. El método depende del temperamento más que de los medios del enfermo. Unos se encuentran bien con la quietud y otros se ven obligados á hacer ejercicio, hacia el que sienten adversión.

El Dr. *J. K. Mitchell*, refiriéndose á la cuestión del diagnóstico, dijo que en una semana ha visto un caso de dilatación del estómago, otro de ataxia locomotriz, en su período incipiente, pero caracterizados, y dos de enfermedad de Bright, todos los cuales habían sido diagnosticados de neurastenia. Empléese la quietud ó el ejercicio pasivo, cree importantísimo la puntualidad y la exactitud en el tratamiento. Tan cierto es esto que algunos casos benignos de neurastenia curan sólo ordenando el género de vida. El objeto del tratamiento de la neurastenia es efectivamente conservar la energía, lo cual sólo puede conseguirse por el descanso y la moderación.

El Dr. *C. W. Burr* dijo que siendo médico auxiliar de un hospital, vió un enfermo al que los mejores médicos de la población habían diagnosticado de neurastenia. El enfermo murió de repente, y al hacer la autopsia se vió que la causa de la muerte fué la degeneración grasienta del corazón. Cree que la existencia de la neurastenia verdadera sólo puede afirmarse haciendo un estudio minucioso de los síntomas dependientes del encéfalo, de la médula espinal, del corazón, de los pulmones y de otros órganos. Según él, la neurastenia verdadera es una enfermedad rara. La hipocondría se considera muchas veces como neurastenia. El descanso en estos enfermos no es conveniente, y á esta causa se atribuye la poca eficacia de dicho medio de tratamiento.

El Dr. *W. G. Spiller* llamó la atención sobre la asociación frecuente del histerismo y de la neurastenia, no en el sentido de ser dos manifestaciones distintas de la misma neurosis, sino de ser una misma manifestación, como la de la manía con la melancolía. Cree que el aislamiento en los hospitales puede conseguirse colocando la cama del neurasténico en un extremo de la sala y rodeándola con cortinas.

El Dr. *A. C. Buckley* dijo haber observado varios casos de neurastenia consecutiva al traumatismo; después del colapso, estos individuos disfrutaron salud casi completa, antes de presentarse los síntomas de la neurastenia verdadera. Esto, según cree, es contrario á la creencia general de que los síntomas siguen al traumatismo.

El Dr. *F. Woodbury* manifestó que existen ciertos casos de neurastenia que pueden considerarse como tóxicos. En el tratamiento de esta enfermedad lo primero que debe procurarse es amoldar el neurasténico á los medios que le rodean.—(*New York méd. Journal*). — F. Toledo.

PERIÓDICOS

Usos del salicilato de hierro.— El Dr. F. J. Gray dice que esta sal produce efectos febrífugos notables que no van acompañados de diaforesis. En 50 casos de erisipela, la primera ó segunda toma fué seguida de descenso de la temperatura, obteniéndose la curación en treinta y seis horas. La mixtura empleada se compone de

Salicilato sódico	4	gramos.
Agua	60	—

Disuélvase y añádase:

Disolución normal de percloruro de hierro	8	gramos.
Clorato potásico	2	—
Glicerina	15	—
Agua c. s. hasta formar	240	—

De esta mixtura tomará el enfermo dos cucharadas cada tres ó cuatro horas. El autor ha obtenido con ella resultados notables en 250 casos de amigdalitis. En esta enfermedad aconseja, además, los colutorios con una disolución débil de yodo, mientras que al exterior se aplica la tintura del mismo y al interior se administra el salicilato de hierro. Este es eficaz también en la neumonía y en varias afecciones sépticas.

(*Edinburgh Med. Journal*, noviembre 1905).—F. Toledo.

Delirio transitorio en la neurosis traumática. — Según el Dr. A. Heveroch, los trastornos psíquicos que sobrevienen en la neurosis traumática, y que son muy característicos de esta enfermedad, no han sido estudiados hasta ahora suficientemente; pero si se ve en ellos la base fundamental de la neurosis traumática, en tal caso adquiere ésta la categoría de un tipo independiente y se la puede distinguir muy bien de la neurastenia, de la hipocondría, de la melancolía y de otras psícosis.

Son característicos de la neurosis traumática: la depresión de ánimo que se acentúa hasta la desesperación y que se manifiesta por una irritabilidad notable acompañada de angustia; la indiferencia á todo lo que le rodea; la dificultad en recordar; la debilidad de juicio; el quebrantamiento de la energía; lo poco que se preocupan estos enfermos de lo que antes les interesaba; la sensación de cansancio, tan pronto como empiezan cualquier tarea y, sobre todo, la meditación constante sobre el accidente ocurrido ó bien sobre sus consecuencias individuales y sociales, meditación que no abandona al enfermo ni aun durante el sueño.

Como patogenia se pueden admitir provisionalmente lesiones en los vasos cerebrales pequeños, y como consecuencia de ellas una alteración en la nutrición del cerebro.

Para el diagnóstico de la neurosis traumática, concede el autor una significación especial á un síntoma de que apenas se hace mérito, pero que

él ha observado en ocho casos en el curso de un año. Consiste dicho síntoma en un delirio transitorio, que sobreviene después del traumatismo, haya sido éste grave ó leve; en unos casos inmediatamente después del accidente, en otros pasado ya mucho tiempo. La conciencia se altera más ó menos.

El síntoma tiene significación clínica, y como se parece mucho al delirium tremens, también práctica. Asimismo la tiene médicolegal, puesto que puede ser motivo de actos violentos fundados ó infundados.

Después de referir el autor varias historias clínicas, termina diciendo que el delirio en cuestión no se sale del cuadro sintomatológico de la neurosis traumática, sino que constituye un síntoma grave de la misma determinado por una alteración notable de la nutrición del cerebro.

(*Zentralblatt für innere Medizin*).— R. DEL VALLE.

Tratamiento de la sarna. — En el tratamiento de la sarna, dice el doctor W. A. Groat, deben llenarse tres indicaciones: destruir el parásito, calma el prurito y curar el eczema secundario. El tratamiento debe principiar por un baño caliente seguido de fricciones jabonosas, á fin de dejar el acarus al descubierto. Si las lesiones son pocas, están diseminadas, no ocupan los órganos genitales y racaen en un hombre robusto, se dan fricciones con una esponja mojada en éter y después se aplica una pomada emoliente. Basta una aplicación de este género para curar la sarna.

En las mujeres y en los niños, y en general cuando están afectadas las regiones de piel fina, se usa la pomada siguiente:

Timol	5 á 15 gramos.
Pomada de azufre	15 —
— de óxido de zinc	50 —
Lanolina c. s. hasta formar	100 —

Esta pomada se aplica tres veces por día.

Si las lesiones son poco extensas y no muy antiguas, pueden emplearse las lociones siguientes tres veces por día:

Timol	10 gramos.
Alcohol	100 —

ó

Timol	10 —
Eter	20 —
Alcohol	80 —

Si el prurito es fuerte, pueden agregarse 5 gramos de mentol.

Si el eczema es extenso, como ocurre en las sarnas de larga duración, puede usarse esta otra pomada á los pocos días de emplearse la loción anterior:

Pomada de óxido de zinc	60 gramos.
Pasta de Lassar	20 —
Ictiol	5 —
Lanolina	15 —

El timol es el medicamento preferible, porque además de su acción para-

siticida, calma el prurito por su efecto anestésico sobre las extremidades periféricas de los nervios.

(*The New York Med. Journal*, 9 diciembre 1905). — F. Toledo.

La atrofia infantil y los trastornos gástricos. — El Dr. A. Hecht, recuerda que Martín distingue dos formas de aquilia gástrica; la producida por atrofia de la mucosa y la debilidad secretoria primitiva que es congénita ó bien se ha desarrollado sobre la base de una predisposición originaria. Pero en este caso, ya se debe manifestar en la edad de la lactancia.

No es raro, en efecto, encontrar niños de pecho, cuyo peso es inferior al normal ya en el momento de nacer. Si se crian al pecho, padecen muy á menudo de dispepsia, sin que ésta haya que atribuirla siempre á una alimentación excesiva, puesto que persisten las deposiciones dispépsicas por mucho que se regule la ingestión del alimento en el número y cantidad de cada mamada. El cambio de nodriza tampoco resuelve el problema, y por lo tanto, hay que admitir en estos casos la existencia de una debilidad secretoria congénita por parte de los órganos digestivos.

Como remedio ha aconsejado Heubner, en estos casos, la dilución del alimento, pero si bien es verdad que con este procedimiento se corrige el síntoma, no lo es menos que queda intacta la debilidad digestiva que le da origen. La administración continuada de una alimentación diluída, no puede menos de afectar al desarrollo normal del organismo infantil, si no se vigoriza su fuerza digestiva de manera que el niño llegue al fin á poder asimilar alimento no diluído y en cantidad suficiente.

Consíguese dicho objeto diluyendo la leche con caldo de carne, que es uno de los estimulantes de la «secreción de fermentos». Pero como no es raro que los niños muestren una repugnancia invencible á semejante régimen alimenticio, cuando esto sucede se favorece notablemente el trabajo de la digestión, añadiendo pancreatina, pegnina ó pepsina.

Con esta terapéutica de fermentos el autor ha obtenido excelentes resultados, como aparece de la historia de un caso que refiere in extenso. En la manera de obrar de dichos fermentos no se aprecia diferencia, así que cuando los niños muestran repugnancia al sabor de la pancreatina, se sustituye ésta con la pegnina ó la pepsina.

(*Therapeutische Monatsheft*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ALCOHOL Y TUBERCULOSIS

Comunicación hecha al Congreso Internacional de la Tuberculosis celebrado en París en Octubre de 1905

POR EL

DOCTOR D. ANTONIO ESPINA Y CAPO

Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.

I

SEÑORES: Creyendo que los axiomas no necesitan demostración, y es un axioma la estrecha relación entre alcoholismo y tuberculosis, aquí debiera dejar la palabra y leeros las conclusiones de este trabajo. Pero como en estas reuniones no estamos solos los médicos y sus actas son los medios de propaganda de nuestros esfuerzos é ideas entre todas las clases sociales, desde las más cultas á las más ignorantes, desde las más elevadas á las más humildes, he de razonar muy ligeramente mis conclusiones para que puedan leerse en breve tiempo y no robar éste á trabajos de más interés que los míos, como son todos los vuestros.

Por razones que á todos se os alcanzan, mi trabajo ha de tener el carácter médicosocial que corresponde á la lucha entablada por la moderna higiene social que nos guía en estas luchas incruentas, en estas batallas de la civilización, nuevas cruzadas que salvan víctimas en vez de hacerlas, como sucedió y sucederá en las guerras que todavía avergüenzan á nuestro siglo.

Busca el hombre en el alcohol un medio dinamógeno, como idea equivocada de fuerza necesaria para su trabajo, ó un medio de placer con que olvidar sus penas ó ahogar sus lágrimas. Equivocaciones fatales que han estado sostenidas mucho tiempo por erróneas

ideas sobre el alcohol, el trabajo y el placer. El placer es más puro y duradero cuando nace de un deber cumplido, de una verdad arrancada á los arcanos de la ciencia, de un paseo que esparza el ánimo contemplando la naturaleza, de un rato de amena y agradable conversación, en una palabra, de una satisfacción moral ó física, que el placer nacido en una orgía por el envenenamiento de la célula más noble del organismo, de la célula nerviosa. Este placer aparente tiene un horrible despertar, de que no hay órgano que no participe: desde el embotamiento del pensar y del querer, al molesto y pronto grave estado de las vías digestivas, que con su estado nauseabundo hacen olvidar el placer de la libación con el asco del bebedor al despertar, dejando aparte tales consideraciones sociales para todo que no sea nueva bebida.

Pero cuando se trata del alcoholismo en sus relaciones con la tuberculosis, debemos los médicos decir con claridad meridiana que, entre las asociaciones etiológicas y morbosas de la patología, que contribuyen á hacer más corta y más molesta la vida, no hay ninguna que iguale al matrimonio del alcohol con la tuberculosis, matrimonio infecundo para procrear hijos robustos, fecundo en alto grado para destruir los organismos en apariencia más vigorosos y bien construídos. Lo que uno empieza lo completa la otra. y alcohol y tuberculosis cuestan á la humanidad más de SEIS millones de víctimas por año, cifra enorme, que debemos reducir á ojos vistos con nuestros esfuerzos, pequeños siempre en proporción con la magnitud de la obra y la dificultad de estas campañas.

Es el alcoholismo planta salvaje de todos los países. Desde el europeo más culto y civilizado al africano más salvaje, desde el intelectual más exquisito al más analfabeto, desde la dama más delicada á la mujer más prostituída y soez, no hay espacio en el mundo, no hay clase en ninguna sociedad que se libre de contar entre sus miembros, entre sus habitantes, muchos adeptos al vicio del alcohol. Sólo cambia el líquido y el medio en que se consume, pero los resultados son idénticos en todas las clases sociales, tal vez peores para el alto alcoholismo, que con sus ricos productos ofrece mayores peligros, que el bajo alcoholismo de la taberna. Médicos de la alta clientela somos, por regla general, los mismos que visitamos los hospitales, y podemos comparar en un día, en una hora, la identidad del horrible cuadro del alcohólico que dejamos sumido en su cama hospitalaria, con el cuadro del alcoholismo de la alta sociedad, ya en el concepto financiero, intelectual, de sangre ó de hermosura. Igual

identidad reina en la tuberculosis, y así como hay enfermedades de clases y profesiones, alcoholismo y tuberculosis son idénticas en todos los desgraciados presa de ambas ó de una de ellas.

Su mutua relación nadie la niega. Ambas destruyen iguales órganos. Aparato respiratorio, aparato digestivo: aparatos ambos de ingreso. Sistema nervioso y circulatorio: sistemas de acarreo y regularización de ingresos y gastos. De estos cuatro sistemas son las primeras víctimas del alcohol y de la tuberculosis. Catarros en los primeros períodos, más adelante lesiones conjuntivas, luego fusiones mortales: he aquí cómo ambas causas contribuyen mucho aisladas terriblemente unidas, al desgaste prematuro, á las vejeces anticipadas, á las muertes parciales del pulmón y vías digestivas en sus elementos nobles y en sus anejos glandulares y ganglionares.

Pero, además, todos los vasos se perturban por el alcohol ó por las toxinas tuberculosas; los nervios no regulan sus actos, y paresias y parálisis retrasan los actos reflejos y todo se hace mal y tarde en un intoxicado por el alcohol, en un herido por la tuberculosis; pero mucho más tarde y peor en el alcohólico tuberculoso ó en el tuberculoso que por olvidar sus penas ó reponer sus fuerzas se hace alcohólico.

El oxígeno, elemento de construcción, fuente de energías en todo lo orgánico, es desalojado de sus posiciones por el alcohol, que se apodera de todos los tejidos sedantes ó circulantes. Suplanta al oxígeno el alcohol en el glóbulo rojo, pero no le sustituye nunca, antes por el contrario, inutiliza al vector del oxígeno, al glóbulo rojo, y anoxihemia todo un organismo con tal rapidez, que casi no hay defensa alguna. Para el alcohol no hay fagocitosis posible, y pronto la baja de temperatura orgánica nos avisa de los retrasos nutritivos de aquel organismo desdichado cuyo incendio comienza, y que sólo el agua, el agua pura y limpia de la higiene moderna, la virgen pura de la civilización, limpia y sin tacha, podrá apagar. No es posible, ni creo necesario, analizar la forma y modo de constituirse un organismo alcohólico; no es este mi objeto, y como, además, el iempo es limitado, concluyo mi primera parte afirmando que alcoıol y tuberculosis son una, tal vez la peor, de las asociaciones patoɔgicas que se conocen en la clínica.

II

Es opinión aún muy discutida la de que el alcoholismo es una :ausa predisponente de la tuberculosis. Autores como Hüssy y Ra-

buteau entre los casi antiguos, Mircoli entre los modernos, defienden hasta el antagonismo entre alcohol y tuberculosis. Lancereaux con sus trabajos, de todos conocidos, planteó, defendió y en nuestra opinión demostró que alcohol y tuberculosis eran muy buenos amigos y que sus estragos se completaban y unían para destruir el organismo más robusto. Desde el año 1865, cada vez se van engrosando más las filas de los que pensamos como Lancereaux.

Médico de hospital hace treinta y tres años, con salas de hombres en casi todo este tiempo y en un país poco alcohólico por sus buenos vinos, que excluyen bastante del régimen y del vicio los alcoholes y las bebidas espirituosas, sin embargo, podemos asegurar que en nuestras investigaciones y en interrogatorios detenidos hemos encontrado que la inmensa mayoría de los tuberculosos hospitalarios eran ó habían sido alcohólicos, y cuando menos malos comedores y buenos bebedores.

A los partidarios de estas ideas se nos pide explicación categórica del por qué del hecho, del cómo de la relación entre alcohol y tuberculosis, y aun cuando pudiéramos pedir igual explicación del cómo y el por qué del antagonismo, para evitar discusiones bizantinas inútiles y pasadas de moda, creo que así como antes se pedían razones, hoy debemos pedir hechos y razonarlos después. Sin gran fe en las estadísticas mientras no nos pongamos de acuerdo internacionalmente, respecto á sus bases hay, sin embargo, algunos hechos qae se suman por sí solos por la homogeneidad de los mismos. Entre éstos se encuentra el asunto que tratamos. La estadística de Baudran, la más completa y hecha con esta dirección, demuestra, como todos sabemos, que hay paralelismo entre el consumo del alcohol y la mortalidad por tuberculosis. Claro es que, aun siendo partidarios de la idea que defendemos, no lo somos al extremo de creer que es la única causa predisponente—¡ojalá fuera así!—y por no serlo deseamos que salga de este Congreso una etiología de las causas predisponentes más eficaces de tuberculosis, para que, conocidas por lo menos tan bien como la ocasional y específica, nuestra campaña médicosocial se haga en sentido de evitar todas las causas. Los esfuerzos irían entonces bien encaminados y todo dinero gastado sería poco enfrente del resultado deseado, y hasta, económicamente, del interés obtenido para el capital. Por esto la oportunidad de estos Congresos y la solución, siquiera sea provisional, de estas cuestiones. Si nosotros, por el concurso de todos, dejamos demostrado que cada alcohólico es un candidato á la tuberculosis, las leyes sobre los

alcoholes en todos los países se esforzarían en convertir el alcohol, de un elemento nocivo para la salud de un pueblo, en un elemento productivo para su industria y su riqueza, y al transformarse de esta manera, los intereses de los productores de alcohol, en vez de disminuir se aumentarían y nueva fuente de riqueza invadiría los países, tan civilizadora como la corriente eléctrica que cruza nuestros campos llevando la ilustración y la fuerza allí donde ni soñada había sido.

En este asunto hay dos problemas paralelos, alcohol y tuberculosis en sus relaciones, alcohol en sus relaciones de cantidad y calidad como agente, y en esta manera tal vez de pensar, esta parte de la discordancia que separa á las dos escuelas. Si se demuestra, como lo ha hecho nuestro querido Secretario, que en París, pueblo de los malos alcoholes para beber, y tal vez pueblo de mucho bebedor, que los alcoholes fuertes dan mayor contingente de tuberculosos que los alcoholes vínicos y débiles, se llegará también á sentar de una manera definitiva que, además de ser el alcohol causa predisponente en alto grado, hay además que integrar en el problema la calidad y procedencia del alcohol. No he de repetir aquí la comunicación de este querido compañero al VIII Congreso contra el alcoholismo (Viena, 1901); pero sí he de adherirme por completo á las ideas sentadas en aquella comunicación, afirmando mi segunda conclusión de que todo alcohólico es un candidato cierto para la tuberculosis.

III

Sin pretender llegar á una verdadera y definitiva aclaración de los hechos, creemos que la explicación de lo dicho anteriormente estriba en el estudio de la histología patológica de los vasos y en la relación de las circulaciones terminales con la nutrición de los órganos.

No somos sospechosos de poco defensores del germen como causa específica de la unidad de la tuberculosis en todos los animales que la padecen, de la transmisibilidad entre especies diferentes y de universalidad de todos los terrenos para su desarrollo. Creemos que la tuberculosis es una enfermedad curable y evitable; creemos, sin embargo, que la tuberculosis es una enfermedad de fácil desarrollo y que encuentra puertas que para otros gérmenes están cerradas; pero asimismo creemos que la nutrición decadente es un buen abono para el germen, que las circulaciones deficientes ó lentas son la mejor preparación del llamado terreno tuberculoso y que la desmi-

neralización es también causa de buena preparación del terreno; pero con este credo no hemos podido formar nunca entre los que dan mayor importancia al terreno que al germen. Todas nuestras propagandas se han fijado en ambos factores, pero siempre con la guerra al germen.

Con estas creencias referentes á la relación de germen y terreno, fácilmente se comprende que veamos en toda causa capaz de perturbar la nutrición un medio de facilitar la acción del germen, siempre alerta, para un éxodo bacteriano por los caminos abiertos é indefensos.

La evolución de la vida orgánica en sus tres períodos de crecimiento, estado y decrecimiento senil, ofrece para los agentes morbosos tres fases de resistencia correspondientes á estos tres períodos, siendo el de mayor resistencia el período de estado. En éste todas las funciones están en su apogeo, todo conspira á una vida fuerte y sana, y en él son muy difíciles los éxodos bacterianos, y las invasiones de estos microbios encuentran resistencias orgánicas y defensas naturales ó artificiales para vencer la invasión. Pero si por accidentes de carácter cósmico, por virulencias accidentales de los microbios exaltándose su potencia patógena, si por debilidades de las resistencias naturales ó retraso en las accidentales el organismo se encuentra en condiciones de menor resistencia, los microbios luchan con ventaja, y las enfermedades á germen se desarrollan aun en los sujetos de apariencia y realidad más vigorosa.

Constituyen los vasos el elemento más necesario al comercio nutritivo. Vías de comunicación y acarreo, su normalidad es salvadora y defensora á la vez, y la muerte natural está representada en su iniciación por trastornos seniles de estos órganos tan importantes. La historia de la arterio-esclerosis representa la historia de todo lo enfermo sin virulencia, casi por completo, y aun en lo virulento son los vasos de los primeros en resentirse y alterarse. La endo, peri y meso-arteritis de carácter regresivo natural, de carácter prematuro en muchas infecciones y en algunas intoxicaciones profesionales ó no, representa un papel de importancia tan trascendental en la evolución de todas las enfermedades, que el no tenerlas en cuenta es causa de grandes errores y de no pequeñas equivocaciones desde el concepto patogénico al terapéutico en muchas dolencias.

Dejando aparte cuanto se refiere á las demás enfermedades, en nuestro punto de vista actual hemos de considerar estas lesiones vasculares integradas en la evolución del proceso del alcoholismo y

la tuberculosis, ya aislados ambos procesos, ya unidos para mayor desgracia del organismo, donde evolucionan juntos. Es un hecho puesto fuera de duda por la histología, que las lesiones esclerósicas evolucionan con mayor lentitud cuando sólo hay una causa que las produzca. En los sujetos tuberculosos las toxinas empiezan la evolución hacia la esclerosis; el alcohol ó la sífilis la terminan. La cirrosis de los bebedores no suele presentarse si antes no se preparó el terreno por toxinas esclerosantes de otra infección, y ningunas tan predisponentes como las tuberculosas. La hiperplasia celular difusa de la tuberculosis y la tendencia hacia las formaciones esclerósicas, no se presenta en ninguna otra enfermedad tan frecuente y clara como en la tuberculosis y en la vejez. Si analizamos las hemorragias de origen tuberculoso, sobre todo y principalmente las hemoptisis, vemos que la mayoría de ellas reconocen por origen las producciones inflamatorias de los pulmones en el primero y segundo período, pero que en las alteraciones que conducen á la formación de cavernas los vasos están afectados de una inflamación con hiperplasia difusa, que provoca la obliteración por el mecanismo de la endarteritis sumadas á las periarteritis provocadas por alteraciones inflamatorias antíguas del grupo de las que produjeron la hemorragia en el primer período y que ya lesionaron los vasos. No hemos de llevar más adelante el estudio histogénico de estas lesiones, porque basta á nuestro propósito lo dicho para sentar la naturaleza esclerosante de las toxinas tuberculosas y la tendencia esclerosante de las lesiones alcohólicas y su mutua relación, para acabar uno el proceso que empezó la otra, y llevar al organismo á una edad en sus vasos completamente distinta de la que tienen sus demás tejidos, y todo ello con tendencia á retardos circulatorios, á procesos de obliteración, y por tanto de malos riegos territoriales, y como consecuencia de todo, á procesos hiponutritivos, tan característicos como son todos los que constituyen el cuadro clínico de las decadencias orgánicas del viejo, del alcohólico y del tuberculoso, como procesos aislados y tan mortales cuando se reunen dos de estos procesos, y más rápidos si se reunen los tres en el desdichado *viejo alcohólico y tuberculoso*.

Estas sumarias reflexiones nos han hecho presentar la tercera conclusión, que resume algunas ideas para el estudio por este Congreso de las mutuas relaciones é influencias entre alcoholismo y tuberculosis.

IV

Cada día se afirma más y más la idea de la curabilidad de la tuberculosis, y las palabras de Grancher son un credo para los fieles de esta doctrina. Tenemos muchos casos verdaderamente convincentes, y cada uno de ellos nos anima más en la pelea. ¿Cómo y por qué se cura? No es este el momento de contestar á esta pregunta; no muy tarde creemos poder decir algo en concreto, pero baste por hoy la escueta afirmación.

Si alguna corrección tiene esta idea, si hay casos en los que la incurabilidad es absoluta, es en aquellos en que se asocian á la tuberculosis elementos extraños á la misma, pero desarrollados por el abono que la tuberculosis hace del terreno para muchas evoluciones y éxodos bacterianos y químicos ó cuando estas afecciones dejan puerta abierta al microbio tuberculoso. Dejando aparte la sífilis y las bronquitis, salvo la bronquitis de los bebedores, nada tan terrible para evitar la curación de la tuberculosis como el alcoholismo.

Uno de los asuntos más olvidados en los reconocimientos de los tuberculosos es la auscultación total de todo el pulmón, de arriba á abajo, y de delante á atrás. Esta práctica, nacida de la idea de que la tuberculosis se localiza en el vértice de preferencia, por la difícil aireación del mismo ha sido perjudicial al estudio de la tuberculosis incipiente y al diagnóstico precoz de la misma. Confiados en que todavía no había nada en el vértice, se han declarado indemnes de tuberculosis á muchos que hasta cavernas tenían en la parte posterior y en las bases de los pulmones. Esta manera de evolucionar la tuberculosis pertenece á las formas que pudiéramos llamar secundarias y, sobre todo, á las evoluciones de la tuberculosis en los catarrosos algo antiguos, en los diabéticos, y en este punto en que estamos colocados diremos que, principalmente, en los alcohólicos.

Además, acostumbrados también por otra parte á considerar el catarro de los bebedores como secuela indispensable del borracho, pocas ó ninguna vez se hacen análisis microscópicos en estos catarrosos. Su falta de fiebre, por lo general, nos confía, y su demacración se sienta en la cuenta de sus trastornos gástricos. Si se presentan hemoptisis ni aun este síntoma nos alarma, y el bebedor sigue su marcha y su pulmón se destruye víctima de una tuberculosis cuyo primer brote, y aun otros sucesivos, ni se buscaron ni á veces se sospecharon.

Todo esto es, por tanto, una de las maneras de hacerse incurable

una enfermedad que curable, muy curable, sólo la negligencia, el diagnóstico tardío y la persistencia en los hábitos morbosos hace mortal de necesidad, pues se llega á conocerla en sus fases cavitarias, en sus períodos de asociación más tremendos en su época de generalización y en un organismo destruído por las toxinas tuberculosas y por los estragos del alcohol.

Pero aun conocida, aun entrando de lleno en la posible localización que no sea la clásica de vértice, aun auscultando al bebedor con esmero y buscando en sus esputos con cuidado el bacilo de Koch, es de observación diaria lo que dice Jaquet y lo que afirma Lancereaux, lo que escribe Brouardel de que la tuberculosis en los bebedores ó el alcoholismo en los tuberculosos convierte cada una de estas enfermedades en mortales, y hace que la evolución de ambas, al reunirse en un individuo, destruyan al coloso más fuerte, y arruinen en pocos meses al organismo en apariencia más resistente.

Llevamos, como hemos dicho, treinta años de hospital, y jamás hemos hecho un curso en nuestra clínica sin dedicar á este asunto una atención delicadísima. Por otra parte, enemigos de los cursos de clínica de hechos raros que se ven una vez para tal vez no volverse á acordar de ellos, nos esforzaremos en que los médicos que vengan después de nosotros vean y palpen las realidades de todos los días, las terribles verdades de cada momento, y como por desgracia todavía, y por mucho tiempo, alcohol y tuberculosis serán la práctica diaria y lo que dificulta la enseñanza tal vez sea la multiplicidad de hechos, hemos recogido el convencimiento de que no es cierto que el alcohol defienda con sus procesos la invasión del bacilo de Koch.

Hay, por lo tanto, que afirmar con los hechos de la clínica, por desgracia con las confirmaciones de laboratorio, con los casos recogidos en las autopsias, que todo tuberculoso que se alcoholiza, que todo alcohólico que se tuberculiza son casos perdidos en absoluto, que el pronóstico es fatal, y que nada hay tan incurable en clínica, ni el cáncer, como la asociación del alcoholismo y la tuberculosis, todavía más, con serlo mucho, que la asociación de la sífilis la tuberculosis, de la tuberculosis y las diversas cocias pulmonales, que las palúdicas y las tuberculosas, y hasta nos atreveremos decir que la última trinchera de la tuberculosis, donde nos hemos de estrellar, será en los alcohólicos, pues serán los últimos tuberculosos que conserven y trasmitan tan terrible enfermedad á las sociedades del porvenir.

La necesidad de someterme al Reglamento me impone el silencio, además el temor de robar tiempo para personas de más valer, y paso á la última conclusión de mi trabajo.

V

La lucha por la higiene social, representada, principalmente al principio de estas campañas, por la higiene profesional; el movimiento obrero reclamando justamente su puesto en el concierto social; las leyes derivadas de este movimiento; la idea del ahorro, de la mutualidad, de la invalidez para el trabajo, de la vejez tranquila y segura por un retiro de vida asegurada; los Congresos antituberculosos, y en una palabra, cuanto se ha hecho en pro del bien común, aumentando las probabilidades de vida más larga, de salud más asegurada, nada hubieran conseguido si una de las enfermedades comprendidas en este movimiento no hubiera sido la tuberculosis, nada conseguiríamos si no persistiéramos en nuestra lucha contra el alcoholismo.

Pero si separadas ambas campañas van venciendo, es preciso confundirlas en un solo y poderoso esfuerzo internacional y llevar, sobre todo á las clases de menor ilustración, la idea de que el alcohol no es fuerza, no es ahorro, sino que es dinero tomado á réditos, cuya prenda empeñada es la salud, cuyos intereses se cobran á interés compuesto y no muy tarde vendrá la bancarrota.

Para conseguir esto, poco falta, pues creo que no habrá conferencia, reunión ó Congreso de toda clase, aun los más distantes de este objeto, que no se preocupe de la salud pública y de los medios de remediar los estragos remediables en las enfermedades de germen conocido, y con más facilidad se contendrán las que sólo tienen como germen patógeno el descuido de los directores y la ignorancia de los dirigidos. Si van de vencida las epidemias, que apenas se inician se combaten, y no es posible volver á los grandes desastres de las pestes, los cóleras, las epidemias de fiebre tifoidea y tantas otras que hoy son cuestión de días lo que antes fué asunto de verdaderas hecatombes, y esto hecho sin molestia para nadie, sin pérdida ni suspensión de la vida ni en el campo ni en la ciudad, sin dejar de viajar, de moverse, ni sin que el comercio se pare ni una hora, merced á las conquistas indestructibles de la higiene pública, más fácil nos ha de ser en esta naciente higiene social hacer desaparecer, en lo que ahora me refiero, las dos grandes desgracias que todavía viven

entre nosotros en las modernas sociedades: alcoholismo y tuberculosis.

Tengo por cierto que son más fáciles de combatir que las epidemias exóticas, pues basta con que todos combatamos dos microbios, físico el uno, moral el otro. El primero, el bacilo de Koch, sin distinción de razas y animales; el segundo, el de la ignorancia, sin distinción de clases, pues en las clases altas reina la ignorancia respecto á estos puntos, y hasta en las clases intelectuales hay todavía alcohólicos que tienen la misión de dirigir á las demás, y ellos se embriagan, creyendo hasta encontrar inspiración donde sólo hay negruras para el entendimiento, fuente segura de enfermedad para todos sus órganos y tejidos.

Aunque sólo fuera por movimiento altruísta, debiéramos combatir estos dos microbios; pero, no es por sentimiento egoísta, por lo que debemos reforzar la lucha y hacer comprender á los altos organismos, á los grandes capitales industriales, el valor económico del obrero sano, á las madres de familia poderosa el peligro para sus hijos, á los hombres del legislar su obligación de no dejarnos solos y abandonados ó con recursos accidentales, sino con un presupuesto de la guerra higiénica, que ha de dar mucho más rendimiento que los presupuestos de Guerra y Marina de los ejércitos permanentes.

Nuestra campaña de antituberculosis y antialcoholismo unidas deben tender á un Ministerio, en todos los países, de la Salud Pública, con recursos de todo género y con auxilios de todos los ciudadanos, pues ya conquistada por completo la libertad, quédanos ahora conquistar la salud, que no exige esta conquista, ni los sacrificios cruentos que costó al hombre la primera durante dieciocho siglos, ni creo que despertará las luchas y persecuciones que despertaron las luchas religiosas y sociales para conquistar cada uno la libertad de su conciencia.

Esta campaña ha de ser, sin embargo, de gran libertad, sin exigir el sacrificio, sin hacernos antipáticos, sino llegando, como se ha llegado en la higiene pública, á ganar adeptos para la vacunación obligatoria, á ganar partidarios para la desinfección y declaración voluntaria de las enfermedades microbianas, y de esta manera nuestros esfuerzos unidos conseguirán disminuir el alcoholismo, con esto la tuberculosis, y luego, muy pronto, la tuberculosis irá cada vez siendo menos frecuente, y sobre todo, menos mortífera y grave. Unamos, pues, los esfuerzos ambos combatientes, y con vuestro

lema que tanto ha conquistado en el orden social y político de *Libertad, Igualdad* y *Fraternidad,* conquistemos para nuestros ideales á los temerosos y reacios con su egoísmo y á los de siempre con nuestras ideas altruístas.

Para terminar, y dando gracias al Congreso por su benevolencia, os presento las siguientes conclusiones:

1.ª El alcoholismo y la tuberculosis reunidos constituyen la peor de todas las asociaciones morbosas.

2.ª Todo alcohólico es un candidato seguro para la tuberculosis.

3.ª La arterio-esclerosis precoz del alcohólico y del tuberculoso, son idénticas en su estructura histológica á la arterio-esclerosis de carácter senil más pronunciado.

4.ª La curabilidad de la tuberculosis sólo tiene como coeficiente de incurabilidad absoluta, el alcoholismo que la hace por completo incurable.

5.ª Si queremos obtener resultados en la lucha antituberculosa, hay que unir en una acción común los esfuerzos de la lucha antituberculosa y anti-alcohólica (1).

COPROLITO SITUADO EN LA AMPOLLA RECTAL DE UN NIÑO DE ONCE MESES

POR

D. ANGEL BALTAR CORTÉS

Médico de número del Hospital Provincial de Santiago.

Un día fuí llamado á una casa de campo para ver á un niño de once meses, recién venido de una importante población gallega con objeto de *cambiar* de aires, pues á juicio del médico que le asistía, estaba amenazado de una tuberculosis *al vientre,* si es que ya no padecía semejante enfermedad.

El niño ofrecía una demacración profunda. Su cabeza descansaba pesadamente sobre las rodillas de la madre, pues el delicado cuello no podía apenas sostenerla. Su abatida fisonomía y su triste mirada eran las de un niño atrépsico. Llamaba la atención su vientre enor-

(1) Esta última conclusión fué adoptada como una de las del Congreso en su sesión de clausura en el art. X, § 2.° *(Presse médicale,* Paris 11 de octubre de 1905, pág. 664, columna 2.ª).

me, surcado de azuladas venas, tenso y timpanizado, sonando como verdadero tambor cuando se percutía, pero sin asomo de ascitis ni de tumorosidad, por más que era muy difícil deprimirlo para su conveniente exploración.

Interrogada la madre, me dice que el niño se había ido criando bien, y que le había alimentado con biberón y sopitas, pues el pecho ya hacía tiempo que no se lo daba; pero que tenía una gran tendencia al estreñimiento y que las lavativas y los purgantes sólo obraban por el momento; y como había ido perdiendo el apetito, las fuerzas y las carnes, y el vientre se le inflaba cada vez más, el médico, descorazonado, la había aconsejado el cambio de aires, temiendo la tuberculosis al vientre.

Poca luz me daban todos estos datos, y, procediendo á una detenida exploración, no hallé lesionado ningún órgano de aquellos cuyo examen está al alcance de todo médico. Ni siquiera existía el más leve vestigio de bronquitis, y sin embargo, el niño tenía el intestino enormemente distendido; pero existía el dato de que pocos días antes le habían administrado un purgante con resultados positivos, lo cual alejaba la idea de una obstrucción. Eliminé también, por no haber datos en qué fundarlas, la tabes mesentérica, la tuberculosis peritoneal y la intestinal. Concluí por creer en una atonía grande del intestino, causa del tenaz estreñimiento que el niño acusaba y dependiente de un decaimiento general orgánico por deficiencia de la nutrición.

Le prescribí baños generales salados y templados, diarios; frotaciones secas; enemas de aceite de olivas, puestos con jeringa de hidrocele y una sonda de caucho rojo, uretral; leche de vacas en cantidad y hora determinadas, y finalmente, prolongada estancia al aire libre.

Me despedí en la seguridad de que obtendríamos un éxito lisonjero.

Al cabo de unos doce días y previo otro aviso, volví á ver al enfermito y observé que, lejos de mejorar, se había agravado. Le reconocí nuevamente con el mismo resultado negativo que la vez primera, y al decirme su madre, con lágrimas en los ojos: «se muere, verdad?» yo asentí con la cabeza á tan tristes palabras. Pero no sería darme aún por vencido y, recordando por súbita inspiración que la madre me había dicho que la sonda de que se servía para los enemas se negaba á entrar, pensé en una estrechez congénita del ano, pedí aceite para untar el dedo, y al practicar el tacto, noté con

gran asombro un cuerpo áspero y duro, que de pronto me hizo exclamar: ¡Aquí hay una piedra!

Como si el niño comprendiera la trascendencia de aquel descubrimiento, de inquieto que estaba durante las maniobras de reconocimiento, tornóse repentinamente inmóvil y como pendiente del trabajo del dedo que yo había introducido en el ano; soltó abundante chorro de orina (no había expulsado ninguna durante el día), y con sus esfuerzos parecía querer ayudarme á que le librase de aquel estorbo. Como el dedo no bastaba por ser el coprolito del tamaño de un huevo de gallina, y no disponía de más recursos para extraerle que los que ofrece una simple cartera de cirugía, á ella recurrí, y mediante una pinza de forcipresión, traté de fragmentarle, por ser imposible extraerle entero. Pero la pinza apenas hacía mella en su dura masa, y únicamente á fuerza de paciencia conseguí arrancarle un fragmento; y entonces, mediante la ayuda de una horquilla de sujetar el pelo, doblada en forma de gancho, continué ardorosamente la faena. Cuando extraje el último resto y grité con aire de triunfo «ya está todo fuera», experimenté un amargo desengaño: ¡aún me faltaba recibir una tremenda rociada de materiales excrementicios, líquidos y blanquecinos, que impulsados por los gases acumulados en el intestino, me pusieron hecho una lástima!

A pesar de tamaña contrariedad, me reí de buen grado y á mis risas hizo coro todo el mundo, al ver la pasmosa rapidez con que bajó aquel enorme vientre, verdadero fuelle de gaita.

Excuso decir que afirmé solemnemente que el niño estaba salvado y que mi afirmación se cumplió sin contratiempo alguno, recobrando el enfermito el apetito, las fuerzas y las carnes en breves días.

Este caso pone de manifiesto la necesidad de practicar el tacto rectal más á menudo de lo que se hace, y en general de no descuidar el minucioso reconocimiento de todos los órganos cuando el diagnóstico es incierto. Si en el primer reconocimiento á que sometí el niño de que se trata, al ver el vientre tan sumamente timpanizado le practico el tacto rectal, el éxito hubiera sido más brillante, y acreditaría mejor la pericia del médico.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Director de la consulta oto-rino-laringológica del Hospital de la Princesa.

I. MANUEL GARCÍA. — SU INFLUENCIA EN LA LARINGOLOGÍA Y EN EL ARTE DEL CANTO, por el Dr. A. G. Tapia.

II. DISQUISICIONES SOBRE HIGIENE OLFATORIA Y GUSTATIVA, por el Dr. Botey.

III. EPITELIOMAS DE LA FARINGE. Tesis de doctorado, por el Dr. D. Fernando Sánchez Carrasco.

IV. ESTUDIOS CLÍNICOS SOBRE LARINGOLOGÍA, OTOLOGÍA Y RINOLOGÍA. SU PRÁCTICA Y ENSEÑANZA EN EUROPA Á FINES DEL SIGLO XIX, por el Dr. D. Ricardo Botey.

I

Muy bonito libro de 232 páginas, muy bien editado, muy bien escrito, ameno é instructivo. El Dr. Tapia, cuya laboriosidad é inteligencia son bien conocidas, ha demostrado una vez más su amor á la investigación, pintándonos la vida de la familia de Manuel García, familia de artistas cantantes con quienes la laringología tiene tanto que ver. La historia de la invención del laringoscopio está pintada con gran colorido, y el lugar que se concede en el libro á la historia del desenvolvimiento de la laringología, tiene una clara oportunidad.

Pero nada mejor para realzar el mérito de Manuel García que apuntar íntegra su *Memoria acerca de la voz humana*, que los especialistas, fisiólogos y cantantes pueden leer con provecho.

II

En el año 1905, bastante tarde para los méritos que de largo tiempo tenía acumulados el nuevo Académico, ha sido recibido el doctor Botey en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona, y para su recepción ha presentado un trabajo que es una prueba de su valía. Los que quieran enterarse del mecanismo de la olfatometría y la gustometría y la significación que tienen para el especialista y el neurólogo, consultarán con provecho esta Memoria y como no puede menos de suceder, en el trabajo del Dr. Botey encontrarán un nuevo instrumento, el *gustómetro*, y una nueva unidad sensitiva, que el autor llama *gustaeia*. La contestación del Dr. Suñé, genial como todo lo suyo, llega hasta lo ameno en lo científico, y es todo lo mejor que se puede recomendar su lectura.

III

Tomando como base el estudio de un caso particular operado por el Dr. Pitzjuan (de Sevilla), y del que ya se ha ocupado en esta Revista el Dr. Sota y Lastra, hace el autor una exposición clara de la dolencia y los métodos operatorios conocidos para su tratamiento.

IV

Todos los médicos de España conocen el mérito que representa la labor emprendida por el Dr. Botey con la publicación de la obra á que nos referimos, y durante mucho tiempo los lectores de esta Revista se instruyeron y deleitaron con las sabrosas narraciones de sus exploraciones científicas de especialista curioso.

Al llegar á la sección que á España correspondía, el pudor obligó un poco á cerrar los ojos, temiendo las crudezas inevitables, pero al fin, el famoso fascículo dedicado á Madrid y provincias pasó dejando algún que otro escozor y despertando alguna sátira; pero, en verdad, saneando y despertando la emulación y el afán de progreso.

Hoy acaba de aparecer el último fascículo dedicado á Barcelona, donde el autor nos pinta la personalidad de los distinguidos especialistas catalanes Roquer, Suñé, Verdós, Sojo, etc., y termina con una autobiografía que representa una de las labores más árduas de la obra. Lean nuestros abonados esta obrita y conocerán la trascendencia de la labor científica que en España ha desarrollado el doctor Botey.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural celebrada el día 10 de Enero de 1906.

Resistencia del corazón del niño.—El Dr. Benitez: Señores, el Reglamento por que se rige esta Sociedad me coloca en el difícil trance de tener que dirigiros la palabra en esta noche; y aun cuando pudiera esquivar su cumplimiento, fundando el empeño en algún artículo del mismo, no lo haría nunca, ni menos lo haré hoy, en ocasión como la presente, que me brinda

generosa la satisfacción que para mi amor propio representa la honrosa distinción de que en este momento soy objeto, ocupando esta tribuna que antes enaltecieron distinguidas y eminentes personalidades. Por otra parte, los compromisos basados en costumbres jamás interrumpidas, equivalen, á mi juicio, á verdaderas obligaciones, y son, por ello, de cumplimiento inexcusable. Por eso os hablo, señores, y sirva lo dicho de sincera explicación que me he creído en el deber de daros, más que para justificar, para razonar siquiera, por qué soy yo el que ocupa en día tan señalado este honroso lugar.

Mi discurso será breve, porque abundando en las mismas ideas en que se inspiran diversos escritores modernistas, creo firmemente que estos trabajos deben ser íntegramente leídos en el solemne acto para que fueron escritos, pero luego de serlo, sólo debo esperar que este mío, por no merecer otra cosa, sea archivado en nuestros anales, sin otros comentarios que la cariñosa acogida que estoy seguro que ha de merecer de vosotros, cuya notoria cortesía está siempre en razón directa de su cultura, é iguala, si no es que supera, á su inextinguible benevolencia. Prestádmela, señores, que bien la necesito.

No tengo la pretensión, ni vosotros debéis tener la esperanza de creer que, como ocurriera en años anteriores, en semejante día, pueda yo hoy, imitando á aquellos maestros y amigos queridos que me precedieron en este sitio, profundizar, como ellos supieron hacerlo, puntos á cual más difíciles de sus respectivas especialidades. Yo he procurado elegir, modestamente, uno de *Pediatría*, que me permita deducir, después de hacer un ligero análisis anatomofisiopatológico, algunas reflexiones clínicas de utilidad práctica, y después de las dudas y zozobras que siempre se tienen en estos casos, apremiado por las exigencias de la vida moderna, falto de salud y todavía más que de salud de tiempo, me decidí, al fin, á ocuparme de la *resistencia del corazón del niño.*

Enunciado el tema, pensaréis acaso que éste surgió de una meditación profunda consecutiva á la lectura de los clásicos y á la repetida observación, no sólo clínica, sino de niños en completo estado de salud, y así ha sido, en verdad; pero he de advertiros que cuanto más práctico hice el estudio, mayor fué mi extrañeza al observar cómo durante tantos siglos hubiera podido pasar este punto sin llamar, con aquella profunda detención que él merece, la atención de la generalidad de los tratadistas y de los clínicos, pues es preciso llegar á los días de Billard y Guersant, y leer los Tratados de Barrier, Rilliet y Barthez, Gerhard, West, la Tesis de Blache del año 1869, las instructivas lecciones de Cadet de Gassicourt, el Tratado clínico de enfermedades del corazón de Weill, publicado el año 1895, y tros trabajos más modernos, y obtener comprobaciones radioscópicas y adiográficas, para convencerse de que, no obstante los estudios dados á nocer con anterioridad sobre el corazón del adulto y del viejo, no se deron hasta entonces entrever, siquiera, las diferencias que entre uno y ro existían y la importancia que en todo momento hubiese tenido la aplicación de aquellos conocimientos referidos al niño, sobre todo en sus primeros años.

Si el corazón senil se diferencia notablemente, tanto en su funcionalis-

mo fisiológico como fisiopatológico, dependiente de su modo de ser anatómico y anatomopatológico, del corazón del adulto; si aquél y éste, cuando se llega al término medio de la vida, constante penumbra entre la juventud y la vejez, reunen condiciones y acusan síntomas peculiares de su edad, dependientes de las variadas causas físicas y morales que sobre ellos actúan ó actuaron algún tiempo antes, también tiene su modo de ser, propio y característico, el corazón del niño. Y aun cuando yo no he de hacer un detenido estudio de él, ni tampoco he de citar el mayor número de las alteraciones que puede sufrir directa ó indirectamente, recordaré algunos de los datos que suministran la anatomía y fisiología cardíacas durante la vida, tanto intra como extrauterina, y otros de orden patológico que en el transcurso de la vida del niño sean reveladores del desarrollo evolutivo y de la resistencia de su corazón; de la patología que le es propia y especial patocronia, y de cómo, si no siempre le es posible conservar su integridad orgánica y su energía habitual, llega unas veces deprimido y otras exaltado, á dejar de latir para siempre ó á reaccionar contra el mal, del que al fin triunfa por asombrosa manifestación vital, como todos podemos recordar refiriéndonos á gran número de ocasiones en que vimos enfermos gravísimos salvados después de desesperante lucha, los cuales si hubieran tenido otras edades más avanzadas, y sólo por esta razón, hubiesen sucumbido irremisiblemente.

Conociendo cómo se efectúa la circulación durante la vida intrauterina, y admitiendo que el corazón derecho del feto desarrolla más fuerza que el izquierdo, con facilidad se comprende que en el común espesor de los dos ventrículos se observen tan escasas diferencias que, después de repetidas mediciones, lleguen á acusar en el momento del nacimiento, según Bednar, $0^{cm},44$ á $0^{cm},48$ el izquierdo, y $0^{cm},34$ á $0^{cm},44$ el derecho; del mismo modo que el peso sea de 1'3 para el izquierdo y de 1 para el derecho, proporción deducida por Engel, en vez de 2'62 á 1 que sería el correspondiente al adulto.

Este mayor desarrollo, siempre relativo, del ventrículo derecho sobre el izquierdo en el corazón del recién nacido, se explica por el trabajo excesivo que tiene aquél que ejecutar durante la vida fetal, y por este mismo trabajo se puede también explicar, siquiera en parte, su mayor susceptibilidad y riesgo en aquella época de la vida y la preponderante localización en él de ciertas lesiones endocardíticas, reumáticas ó de cualquier otra índole inflamatoria.

Veamos ahora cómo se comporta el corazón del niño nacido á término y en completo estado de salud.

Mecánicamente, la primera inspiración establece el círculo sanguíneo que, como en el adulto, ya ha de seguir constantemente recorriendo. El ventrículo derecho no tiene desde este instante que contribuir con su esfuerzo á impulsar la sangre hacia la aorta por el conducto arterial, y de aquí que, por disminución de ejercicio, su espesor no aumente de un modo proporcional á como venía haciéndolo en el estado fetal, sino que continúe siendo casi igual durante los primeros años de la vida á como era en el momento del nacimiento.

Sigue en su totalidad sometido y obediente á las eyes de crecimiento

que presiden el desarrollo general del organismo; pero este crecimiento parece ser, como dice Weill (quien ha depurado los estudios hechos sobre esta cuestión por Birot y Beneke) que, aunque continuo, tiene dos períodos de brusco aumento, uno durante los primeros años, y el otro en la pubertad, resultando con relación á la talla del niño y del adulto que para tener en éste el desarrollo que en aquél, sería preciso que su volumen fuese tres ó cuatro veces mayor del correspondiente al del recién nacido.

Si, por otra parte, se tiene en cuenta que el trabajo del corazón del niño es más útil que el efectuado por el del adulto, porque las unidades de energía que desarrolla tienen menos resistencias que vencer, resultará, confirmándose una ley de Marey, más fácil y acelerada la circulación general, y que el centro motor se cansará más difícilmente.

La sobrecarga grasosa pericardíaca, escasa durante la infancia, falta en absoluto en los primeros meses de la vida, motivo que facilita la circulación general y del mismo miocardio, á lo que contribuyen en primer término la integridad de sus fibras no degeneradas todavía. Además, el número de éstas, en mayor proporción que en el adulto con relación al volumen del músculo cardíaco, aumentan su fuerza contráctil y la sangre es impulsada más fácilmente en el interior del árbol arterial, que es en el niño, no sólo de mayor calibre con relación al del adulto y al del viejo, sino también mucho más elástico, por no estar aún afectado de la esclerosis progresiva, consecutiva al avance en la vida, al progreso de la edad, ó por estar libre de la acción de diferentes enfermedades, generalmente crónicas, adquiridas en el camino de aquélla ó á causa de lentas intoxicaciones, como las producidas por el uso del alcohol y del tabaco.

Las energías, tanto activas como reservadas del corazón del niño, son utilizadas en determinados momentos en que pudiera llegar á cansarse fisiológicamente, si así no estuviera organizado, del mismo modo que se colapsaría en el transcurso de muchas enfermedades. A este propósito citaré los cálculos de Vierodt, que demuestran cómo el corazón del niño tiene que efectuar un trabajo veinte veces menor en un tiempo dado, que el del adulto.

La diferencia observada entre la actividad circulatoria en los dos sexos, no es más que la que suele corresponder á os de uno mismo con pequeña diferencia de desarrollo.

Recordados los datos proporcionados por la anatomía y la fisiología, hechas las anteriores consideraciones y antes de exponer otras deducidas de la observación del niño enfermo, creo conveniente, para los fines que me he propuesto, continuar el estudio de su corazón semetido á la influencia de algunas de las causas que á veces alteran, siquiera sea de un modo momen-
ıneo su funcionalismo, que le hacen parecer enfermo sin estarlo realmen-
, y que pueden llegar á colocarle en los dinteles del campo patológico,
ınque para salvarse casi siempre, al fin, gracias á las reservadas energías
que antes hice mérito.

Las emociones morales, el ejercicio ísico excesivo ó mal dirigido, tras-
rnos gástricos diversos, etc., son causas que actúan sobre el corazón del
ño lo mismo que sobre el del adulto, y que dan lugar algunas veces á
ectos secundarios de mayor ó menor importancia, explicables en primer

término por la excesiva sensibilidad del primero, debida al indudable predominio de su sistema nervioso.

Los castigos, los premios mismos, la multitud de regalos recibidos en determinados días, los cuentos fantásticos relatados al niño para dormirle, pueden ser causas de un insomnio prolongado ó de sueño interrumpido por suspiros y sollozos ó de ensueños y pesadillas, cuyas ideas delirantes continúan al despertar, dando lugar á errores y alucinaciones de sentidos y á un ataque de terror, con agitación, taquicardia y pulso irregular.

Estos efectos, conocidos de todos los padres, si pueden ser muchas veces perjudiciales en estado de salud, calcúlese cuáles pueden ser, en cambio, sus resultados sobre los neuróticos y cardíacos. Bruce dice que la sustitución de una niñera puede alterar la marcha de una pericarditis.

Sea la que fuere la explicación, lo cierto es que nadie puede negar estas influencias de orden psíquico.

Si como instrumento del alma ha sido considerado el cerebro, si en el plexo solar se pretendió un día que radicaba el alma, si ésta es negada por unos y afirmada y definida por otros, séame permitido decir á todos, espiritualistas y materialistas, médicos de todas las escuelas y cuantos os elevéis á las alturas donde se cultiva la poesía, que si alguna de estas aseveraciones, surgidas de contrapuestas ideas y producto del bien y del mal pensar, pueden ser discutidas, no podrá serlo del mismo modo, ni menos podrá negarse por nadie, que el origen absolutamente obscuro del pensamiento y el conocimiento no más claro de las emociones manifestadas como sentimientos, perturban las funciones orgánicas y repercuten sobre nuestro corazón, hasta el extremo de que, como las astenias, puedan paralizarle y ser causa de muerte. ¿Y cómo repercuten? No lo sé; no lo sabe nadie, á pesar de los brillantes y reflexivos estudios de la moderna psicología científica, basados en funciones del sistema nervioso y en rectificaciones, comprobaciones y descubrimientos de centros y ganglios receptores y transmisores, arcos reflejos, cuerdas comunicantes de estos arcos, etc., etc.; pero repercuten al fin, agitándole, sacudiéndole, alterando su ritmo, su marcha, paralizándole casi, dejándole enfermo ó sin fuerzas para seguir latiendo al fin y para siempre.

Se piensa con la cabeza; se siente con el corazón. «*Pienso que...*», se dirá muchas veces; «*pero yo no sé lo que mi corazón siente*», se añadirá otras muchas; y este inexplicable sentimiento hará *saltar* nuestro corazón, que nos ahogará inquieto, pareciéndonos que no nos cabe dentro del pecho, de gozo unas veces, al contemplar alegre el sueño tranquilo del hijo adorado dormido, sonriente...; y de horrible y augustiosa pena otras, al verlo sufrir enfermo, y con el temor de perderle. Y estas alteraciones sentidas, que trastornan el funcionalismo de nuestro corazón, y que según frase vulgar *le destrozan*, son reales, no son figuradas; son demostrables por la palpación, la auscultación, el cardiógrafo, el esfigmógrafo y la radioscopia; y esta misma alteración visceral puede observarse en el niño por diferentes causas de orden psíquico variables hasta el infinito, y en relación con la causa productora, edad, temperamento y educación recibida; pero por regla general, y por fuerte que sea la impresión, sus efectos serán fugaces, pasajeros, y los cambios producidos en la circulación se restablecerán á su primitivo modo de

ser fisiológico, gracias á las energías de su corazón y á la falta de obstáculos periféricos circulatorios.

A más de 160 ascienden, en general, el número de latidos cardíacos durante los primeros minutos de la existencia, á 130 los que corresponden al primer año, y de 100 á 120 durante el segundo, para bajar en la segunda infancia de 90 á 80.

Estas cifras están deducidas de lo que comunmente suele observarse en la práctica diaria, y aproximadamente concuerdan con el promedio deducido también de la lectura de muchísimas tablas dadas á conocer por otros tantos autores, que no transcribo por no considerarlo necesario. Basta para mi objeto hacer constar que un movimiento como el de succión para mamar, y cualquier ruído ó sacudida de que el niño sea objeto, pueden determinar aceleraciones cardíacas de 15 á 20 ó más latidos por minuto, ó, por el contrario, una diferencia más notable aún en sentido inverso durante el sueño, sin que estos cambios, que son principalmente los que dificultan la observación para que las tablas á que me refiero no arrojen las mismas cifras, indiquen otra cosa que las modalidades funcionales fisiológicas de un corazón excesivamente sensible.

La energía cardíaca del niño se acentuará más todavía si al llegar á tener algunos años se le hace fijar la atención y se le exigen esfuerzos intelectuales superiores á su edad: entonces los latidos cardíacos aumentarán en intensidad y en número.

La irregularidad del pulso fisiológico se observa también en la primera infancia y, con más frecuencia, durante el sueño que en la vigilia. Claro es que en todos estos fenómenos hay que conceder que el sistema nervioso debe jugar un papel de primer orden.

A la misma conclusión se llega después de repetidas experiencias hechas sobre animales; pero aun demostrado que el aparato moderador intracardíaco en los primeros meses y aun años de la vida sea menos activo que el acelerador y, por consiguiente, que cuanto más joven sea el animal más dificilmente se cansará su excitado corazón, no se podrá dejar de reconocer lo indispensable que será, para llegar á un funcionalismo tan perfecto, la integridad y el desarrollo de la fibra del miocardio, la capacidad precisa de este músculo hueco y la más fácil adaptación para el excesivo trabajo que muchas veces le está encomendado como regulador de la activa vitalidad del niño. De no ser así, ¿cómo podrían el influjo nervioso transformarse en movimiento y éste en fuerza? ¿Qué resultados podremos aspirar á obtener en los adultos y en los viejos cuando estimulamos las contracciones de su corazón, si sus fibras, degeneradas ya, no son capaces de contraerse todo lo que fuera preciso para restablecer el equilibrio circulatorio?

A lo dicho añadiré que la tensión arterial, dependiente del mayor calibre de las arterias del niño, es muy pequeña, puesto que sólo alcanza, según Vierodt, á 111 milímetros en el recién nacido, en vez de 200 que corresponden al adulto, resultando, por consiguiente, que el corazón del primero llegará al mismo resultado útil con menos esfuerzo que el que se necesitaría hacer en otras condiciones, variables con la edad.

Causas emotivas pueden alterar también la tensión arterial, aumentándola ó disminuyéndola alternativa ó simultáneamente y en diferentes re-

giones de un mismo organismo, como ha hecho notar Gley, al observar opuestas diferencias entre las carotídeas y otras periféricas; pero estas últimas, como él mismo dice, no pueden ser explicadas única y exclusivamente por el aumento ó disminución de la impulsión cardíaca.

Los ejercicios violentos, sobre todo si son continuados; los saltos y las carreras, y casi todos los juegos en que para sostenerlos son precisas contracciones rápidas y repetidas de toda ó casi toda la musculatura, en armonía con las demás funciones orgánicas, son perfectamente soportados por los niños, gracias á la prodigiosa resistencia orgánicovital de su corazón. Que estos ejercicios pueden ser perjudiciales, ¿quién lo duda? En pasando de ciertos límites, también el niño fatigado, casi enfermo, en estado de meiopragia cardíaca, estará expuesto á que su corazón se dilate; pero llegado este caso, aún podrá verse con qué sorprendente facilidad la *restitutio ad integrum* se verifica cuando al ejercicio siga el oportuno y proporcionado descanso.

(*Concluirá*).

PERIÓDICOS

Infiltración de orina en un niño de veinte meses. Triple intervención quirúrgica; curación.—En la *Revista de Cirugía general y Génito-Urinaria*, de Valencia, publica el Dr. D. Rafael Mollá el siguiente caso clínico:

«Trátase de un niño de buena constitución y excelente estado de salud anterior, hijo de padres jóvenes, sin antecedentes de familia ni personales que pudieran preparar el terreno patológico, de veinte meses de edad.

Manifiesta la madre que el niño había dejado de orinar espontáneamente desde hacía tres días, por lo cual se le había sondado varias veces durante los tres días de que databa la retención. Al practicar el cateterismo el día anterior se originó ligera hemorragia uretral; pero en la mañana del día de la observación ya no fué posible sondarle en el pueblo, motivo por el cual se trasladaron á Valencia.

En el momento de ser reconocido por el Dr. Mollá, el pequeñuelo hallábase bajo la influencia del malestar y la desazón originados por la retención de la orina, ya que desde la tarde anterior no habían vaciado la vejiga; ésta se apreciaba llena y sensible y dura al tacto rectal y presión hipogástrica, sin fiebre ni otros fenómenos generales dignos de mención. Localmente llamó la atención, en primer término, la existencia de un fimosis por longitud excesiva, y al propio tiempo estrechez del prepucio, fimosis tan pronunciado, que, á pesar de la enérgica retracción del prepucio, no consiguió ver el meato urinario, sirviéndose de sucesivos tanteos para introducir en la uretra el pico de la sonda. Más que el fimosis llamó la atención una ligera tumefacción dolorosa, un aumento de coloración que asentaba en la base de la porción peneana de la uretra y en la región escrotal de la misma, cuyo dato, asociado á la retención primitiva, al cateterismo último, que dió lugar á la salida de unas gotas de sangre por el meato, y á la im-

posibilidad de introducir la sonda después, le hicieron pensar directamente en la existencia de una lesión uretral y en la infiltración de orina consiguiente.

Intentó el cateterismo con una sonda evacuadora de seda núm. 9, teniendo la suerte de pasarla sin contratiempo hasta la vejiga, siguiendo la pared superior de la uretra y evacuando una gran cantidad de orina clara y transparente.

La sonda funcionó bien veinticuatro horas, al cabo de las cuales, y en un descuido de la familia, el niño se sacó la sonda. Entonces comenzó por practicarle la operación del fimosis, con el fin de facilitar la colocación de las sondas y practicar bien la antisepsia de la región. Nuevamente, siguiendo la pered superior de la uretra, consigue dejarle colocada la misma sonda núm. 9; pero al día siguiente se le sale ó se la saca el paciente, volviendo de nuevo á ponerse á mis órdenes.

La situación se había agravado algo, y los fenómenos locales eran bastante expresivos para decidirse á una rápida intervención: el dolor, la tumefacción, la rubicundez, el edema, delataban la infiltración de orina y el flemón consiguiente en el periné anterior y en la zona de escroto y pene, por lo que opté por la intervención inmediata.

Bajo la acción del cloroformo intenté colocar otra vez la misma sonda en la vejiga, pero no fué posible: la punta de la sonda se detenía y venía á caer en una cavidad fraguada en los tejidos periuretrales, al nivel del escroto.

Se decide á practicar la uretrotomía externa sin conductor, como en los casos de rotura uretral primitiva. Una larga incisión en la línea media ó rafe en la cara inferior de la base del pene y parte del escroto condujo el dedo directamente á una cavidad de contenido seropurulento, constituído por pus y orina y escasos detritus de tejido celular de la región periuretral. Introducida una sonda por el meato, apareció en la parte más posterior de de la cavidad del absceso, lo cual probaba claramente la existencia de la perforación ó rotura uretral. Practica dos incisiones laterales paralelas á la primera sobre tejidos infiltrados é intenta dejar colocada la sonda permanente en la vejiga. Aunque la rotura de la uretra no era completa, sino sólo de su pared inferior, fué muy difícil el paso de la sonda hasta la vejiga y muchas las tentativas realizadas hasta poderlo conseguir, dejándola por fin colocada, suturando parcialmente la incisión peneo-escrotal. En la noche del segundo día después de la intervención, á pesar de tener maniatado al pequeño enfermo, otro descuido de la asistente permitió que se saliera la sonda, siendo inútiles cuantas tentativas hizo para colocarla de nuevo, no insistiendo más ante el temor de provocar nuevas lesiones.

Decidé practicar el cateterismo retrógrado. La tercera intervención consistió en lo siguiente: talla hipogástrica media; paso de una bujía maciza desde la vejiga á la herida peneo-escrotal, y desde ésta, procediendo siempre de atrás adelante, hasta hacerla salir por el meato. Conseguido esto, ata con seda de ligar la punta de la bujía al pico de una sonda de Nélaton núm. 10, y tirando del extremo vesical que salía por el hipogastrio de la bujía previamente colocada, dejamos instalada en la uretra y vejiga la

sonda de Nélaton, haciéndola salir por la herida hipogástrica y por el meato. Sutura casi completa de la vejiga y pared abdominal, y curas asépticas en esta herida y en la anterior del pene y escroto. Aunque diariamente se practicaban lavados vesicales y de la herida uretral para evitar la incrustación de la sonda permanente y la infección, el sexto día renovamos la sonda, sustituyéndola por otra de mayor calibre (número 11), á fin de que el calibramiento de la uretra en la porción lesionada dejara una estrechez del mayor diámetro posible. Para renovar la sonda esta primera vez, lo mismo que las otras tres veces que lo hicimos hasta la completa separación, recurrimos también al cateterismo retrógrado, atando la punta de la nueva sonda al extremo hipogástrico, de la que se iba á renovar, y tirando luego del extremo uretral de ésta hasta dejar colocada la nueva sonda.

Veinte días sostuvo la sonda permanente, al cabo de los cuales, y ya cicatrizada la herida peneo-escrotal y restaurada la uretra, dejó al paciente sin sonda. La pequeña fístula hipogástrica cicatrizó rápidamente, y antes de terminar el mes salió el niño de la clínica completamente restablecido».

Epitelioma pavimentoso del tercio izquierdo del hocico de tenca y del fondo de saco vaginal izquierdo. Histerectomía total vaginal con colpectomía parcial; curación. — El Dr. D. Juan Martín Aguilar publica el caso siguiente en la *Gaceta Médica de Granada* :

La enferma, de cuarenta años, pálida, sin antecedentes dignos de mención, se quejaba de dolor en el bajo vientre y en la región lumbar; tenía flujo blanco escaso y sin fetidez.

Colocada sobre la camilla y practicado reconocimiento de sus órganos genitales, se observó lo siguiente :

«La inspección y palpación del abdomen no dicen nada de particular; solamente se nota la defensa inconsciente del miedo en los músculos de la pared abdominal, que al distraer y embromar á la enferma desaparece. El tacto vaginal percibe la existencia de una deformación en el cuello uterino extendida hacia el fondo de saco vaginal izquierdo. El tercio izquierdo del hocico de tenca está como excavado, es desigual, duro, abollonado y se disemina sin discontinuidad en un plastrón submucoso, movible en conjunto, duro, irregular y no doloroso, extendido por todo el fondo de saco vaginal izquierdo hasta cerca de la pared pelviana. Ni el coito, ni los esfuerzos de la defecación, ni el tacto, dan lugar á hemorragia. Los movimientos de elevación, descenso y lateral derecho, están dificultados en la matriz á consecuencia de la lesión descrita. El cuerpo del útero y la cavidad cervical, normales; la histerometría no produce sangre. Los ligamentos anchos, los úterosacros y los pubiovésico-uterinos no ofrecían cambio sensible en su flexibilidad y consistencia. Solamente el tejido conjuntivo submucoso del fondo de saco vaginal izquierdo estaba afectado, pero resbalaba libremente por bajo del ligamento cardinal correspondiente. Ganglios inguinales, ilíacos, torácicos y cervicales, sin tacha objetiva.

Diagnóstico.—Epitelioma pavimentoso del tercio izquierdo del hocico de tenca y del fondo de saco vaginal izquierdo.

Tratamiento.—Histerectomía total vaginal con colpectomía parcial.

Esta operación la llevé á cabo diez días después del modo siguiente :

previa la asepsia y cuidados de rigor, en posición dorsosacra la mujer, los muslos doblados sobre el vientre y las piernas sobre los muslos merced á la muleta de Clover, cloroformizo á la enferma, y por medio de las valvas de Doyen pongo al descubierto el cuello uterino y el borde lateral izquierdo de la vagina. Prendo con pinzas de Museux el hocico de tenca por la comisura derecha; desciendo el útero cuanto puedo, y pongo así más á mi alcance los fondos de saco vaginales.

Empleo el procedimiento de Dürhrssen trazando con decisión una herida profunda desde lo alto del borde izquierdo (en vez del derecho como hace Dürhrssen) de la vagina, cayendo sobre el tercio inferior izquierdo del orificio vulvovaginal y prolongando la incisión hacia el lado izquierdo del periné, pasando el ángulo inferior de la herida en un punto equidistante entre el recto y el isquión. La pared de la vagina, el orificio vulvovaginal, la grasa del hueco isquiorectal, el constrictor de la vagina, el transverso perineal, los haces medios izquierdos del elevador del ano, quedaron muy pronto divididos. Después, hemostasia de esta profunda brecha y ataque al útero, comenzando por la resección del fondo de saco vaginal y del parametrio izquierdo.

Diseco con gran cuidado desde el ángulo superior de la herida (muy cerca de la pared lateral de la pelvis) el plastrón neoplásico del fondo de saco vaginal izquierdo, yendo de fuera adentro, de la pelvis al útero. Combino antes de terminar este trabajo liberatriz con el del fondo de saco anterior y posterior, cortando todas las ataduras de la vagina al cuello y despegando la vejiga. Respeto todavía el peritoneo en los dos fondos de saco. Ligo bien afuera la arteria uterina izquierda y sigo después decididamente la disección del fondo de saco vaginal, de su tejido submucoso y del parametrio circunyacente hasta llegar al borde izquierdo de la porción supravaginal del cuello uterino, no sin haber aislado y respetado el ureter.

A pesar de la amplitud dada á la vagina con la incisión previa vaginoperineal, la colpectomía reseñada fué muy difícil, atrevida y excesivamente lenta por querer extirpar con el tejido submucoso neoplasiado todo el parametrio izquierdo que me fué posible, disecando para conseguirlo la base del ligamento ancho izquierdo junto al mismo estuche vascular y en los mismos linderos del ureter.

Al fin quedo hecho dueño de aquella expansión vaginal del neoplasma, y desde entonces proseguí sin dificultades la histerectomía, no sin pasar el termocauterio antes por toda la neoplasia, sin haber envuelto el hocico de tenca quemado con una compresa de gasa aséptica, sin haber retirado todos los instrumentos que hasta entonces me sirvieron y sin haberme desinfectado escrupulosamente las manos. Rompo en seguida los fondos de saco peritoneales, ligo de abajo arriba y por etapas el ligamento derecho por tera los anejos, y últimamente, y de la misma manera, el izquierdo. El tero y los anejos con el trozo de vagina y de parametrio extirpados, todo n una sola pieza, fué entregado á un ayudante.

Comprobada la hemostasia, hecha la *toilette*, me dedico á suturar sucesivamente el peritoneo posterior y anterior á la vagina. Estrecho lateralmente este órgano con dos puntos de sutura y restauro la herida vaginal con una sutura continua profunda, y con otra la vulvoperineal, adaptando,

por último, con puntos superficiales aislados los labios de tan extensa herida vaginoperineal.

Desagüe con mecha de gasa esterilizada por encima de la vagina y entre los ligamentos anchos seccionados, gasa yodofórmica vaginal y perineal y cura con vendaje en T.

La marcha post operatoria fué excelente. Hubo tan sólo un incidente. Recomendé á mis ayudantes, á la enfermera y á la enferma, que hicieran funcionar el recto desde el cuarto día de la operación de una manera suficiente, apelando, si fuere preciso, á la administración cotidiana de una gran cucharada de aceite de ricino en café. Todos los días preguntaba cómo iba el vientre, y todo el mundo contestaba que regía diaria y normalmente. Al octavo día comienza la enferma á quejárseme de dolores en el intestino. En el décimo día insistí acerca de la conveniencia de que añadiesen enemas glicerinados al aceite prescripto, y al día siguiente se me dice que la enferma tiene ganas frecuentes de obrar, y que acusó muchos dolores en el recto toda la noche, añadiendo que había obrado bien, como siempre, con los enemas. Prescripción de láudano en enemas y creencia de que se trataría de una rectitis, ya que una reproducción neoplásica me parecía demasiado rápida. Me decido á hacer por mí mismo la cura aquel día y de camino la exploración de la herida y regiones circunyacentes. Efectivamente, había una retención ó atasque rectal excrementicio enorme.

La enferma había hecho su santa voluntad respecto al aceite de ricino, el ayudante y la enfermera se dejaron sorprender por las aseveraciones de la enferma, y ésta demostró no haber inventado la pólvora. Desatasque intestinal laboriosísimo y repugnante, pero indispensable. Luego de practicado todo entró en orden.

La herida vaginoperineal cicatrizó por primera intención y por segunda la vaginoperitoneal. La enferma se levantó en el vigésimoquinto día después de operada, y fué dada de alta á los tres meses, luego que se desprendieron las ligaduras de seda ligamentarias y después de haberme cerciorado del perfecto estado de salud de aquélla».—Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Diciembre de 1905.

Desagüe de las vías biliares principales.—El Dr. Terrier: El desagüe de las vías biliares es el tratamiento má eficaz de las infecciones de estas vías. Este desagüe ha pasado por una serie de etapas cada vez más interesantes.

Durante mucho tiempo los cirujanos no se atrevían á abrir la vesícula

biliar más que cuando estaba adherida á la pared del abdomen; se practicaba resueltamente la incisión de un absceso.

Marion Sims, Wolfler y Lawson Tait hicieron dar un gran paso á la cirugía biliar abriendo la vesícula no adherida y crearon la colecistostomía. Durante largo tiempo sólo se practicó este desagüe modificando más ó menos su técnica. Los resultados obtenidos así eran excelentes cuando se trataba de desinfectar las vías de excreción de la bilis, pero resultaban insuficientes si la infección se complicaba con la presencia de cálculos en las vías biliares principales, el colédoco y los conductos hepáticos.

En Alemania se dió la preferencia á la exploración de los conductos biliares principales para desinfectar dichas vías y extraer los cálculos que pudieran existir. Tal fué el método de Kehr, cirujano que el 1.° de enero de 1905 llevaba ya practicados 144 desagües del conducto hepático.

El Dr. Delageniere (de Mans), al comprobar la insuficiencia de la colecistostomía respecto á la expulsión de los cálculos biliares, practicó en 1908 la hepaticotomía y el desagüe por las vías biliares accesorias. Merecen citarse las observaciones publicadas sobre el particular por los Dres. Delageniere y Lejars.

La técnica que se ha seguido es la siguiente:

El enfermo se coloca en posición algo inclinada con una almohada debajo de la región lumbar para que sobresalga lo posible la zona en que ha de operarse.

Incisión larga en forma de bayoneta, que parte de la línea media inmediatamente debajo del apéndice xifoides, desciende verticalmente hasta dos traveses de dedo por encima del ombligo. En este sitio se desvía á la derecha, cortando algo oblícuamente la mitad interna del músculo recto; después vuelve á descender en dirección vertical en la extensión de cuatro ó cinco traveses de dedo.

Exploración de las vías biliares accesorias. Se incinde la vesícula unas veces directamente, otras después de la punción y aspiración cuando hay retención por hidropesía ó retención en esta vesícula. Sujetos los labios con la pinza de Kocher, se ensancha la incisión primitiva á expensas de la cara inferior de la vesícula, y se llega así poco á poco hasta el cístico, que se incinde también en toda su extensión. Es el único tiempo difícil de la operación, á causa de las adherencias. Se resecan entonces la vesícula y el cístico en su totalidad, *al rape del colédoco*, después de ligada la arteria cística.

Cuando se llega al nivel del colédoco se explora con cuidado este conducto (extremo inferior) y después el hepático (extremo superior) con dos candelillas de goma. Si las vías biliares principales están libres, ó después de quedar libres por la extracción de los cálculos, se coloca en el orificio hecho en el colédoco, en el sitio de desembocadura del cístico, un tubo de desagüe con aberturas laterales y de calibre proporcionado al del conducto hepático. Es preciso que el tubo suba hasta la bifurcación de este conducto.

Puede utilizarse entonces el epiplón para formar un conducto de protección y de aislamiento alrededor del tubo de desagüe entre el colédoco y la pared abdominal, epiploplastia simple; ó bien, según el método alemán, se colocan dos mechas de gasa á cada lado del tubo de desagüe. No

queda más que cerrar la pared como de costumbre, teniendo la precaución, cuando no se ha fijado el tubo profundamente, de fijarle á la piel.

Las consecuencias operatorias son tan benignas como las de la colecistostomía. La bilis se derrama en abundancia en seguida y no después de algunos días, como con el desagüe indirecto. La orina adquiere su color normal á los tres ó cuatro días. El tubo de desagüe se suprime de los diez á los veinte días, según el estado del hígado y la gravedad de la infección. Suprimido el tubo, la bilis sigue saliendo por la fístula durante cinco ó seis días, y por último la abertura fistulosa se cierra, obteniéndose la curación en veinte ó veinticinco días.

La infección es tan grande en ciertos casos, que la bilis forma una especie de lodo biliar, y para que salga es preciso hacer un lavatorio á débil presión por el tubo ó practicar por él la aspiración.

La rapidez con que se cierra la herida operatoria después de suprimido el tubo se debe á que el cístico se corta al rape del colédoco y no es origen de una fístula.

El desagüe directo tiene sobre el indirecto varias ventajas innegables. La primera es la seguridad del desagüe; la segunda la rapidez con que se corrige la retención biliar intrahepática, evitándose así los trastornos circulatorios ó secretorios del hígado en la corta duración del tratamiento. La curación se obtiene con mayor rapidez cuando se practica la colecistectomía que cuando se deja la vesícula, porque las paredes infectadas de ésta necesitan algún tiempo para desinfectarse.

Otra de las ventajas, quizá la más importante, es la facilidad con que pueden explorarse los diversos segmentos del árbol biliar.

El Dr. Hartmann: La obliteración del colédoco, exceptuando los casos rarísimos de estrechez simple ó neoplásica de este conducto, es debida á dos grandes causas: la obstrucción calculosa y la compresión por una lesión externa pancreática casi siempre. En el primer caso la ablación del cálculo constituye indudablemente el mejor tratamiento, y en el segundo, como la vesícula está distendida, creo más sencillo recurrir á la colecistenterostomía.

Creo, en contra de la opinión del Dr. Quénu, que se puede casi siempre hacer el diagnóstico antes de abrir el vientre. Es posible diagnosticar un cálculo cuando existen crisis dolorosas repetidas, accesos febriles y variaciones en el grado de la obstrucción, sobre todo si se trata de un enfermo que ha padecido gastralgias y cólicos hepáticos. Puede diagnosticarse una obstrucción pancreática cuando, sin fiebre ó después de un sólo cólico, se presenta una ictericia fija, permanente, sin remisión alguna.

Sea cual fuere el diagnóstico, conviene hacer la exploración completa del aparato biliar, la cual puede practicarse sin recurrir á la duodenotomía. Acostado el enfermo en hiperextensión del tronco, se practica una incisión ondulosa, en forma parecida á una bayoneta, y que corresponde por su parte oblicua al borde tangible del hígado. Abierto así el abdomen se busca la vesícula. Si no se la ve se busca la escotadura hepática que corresponde á la vesícula, y partiendo de este punto, desprendiendo y bajando el colon transverso, se consigue siempre descubrirla, reducida á veces á un cordón fibroso más ó menos incluído en el parénquima del hígado. Esta

vesícula es el hilo de Ariana, que en los casos difíciles guía al colédoco. Se la sigue, desprendiendo las partes subyacentes hasta el cístico que conduce al colédoco.

Cuando el hígado está muy hipertrofiado, como ocurre en ciertas cirrosis biliares, dicha exploración es difícil y hay necesidad de exagerar la hiperextensión del tronco, colocando al enfermo en una mesa operatoria especial, la de Cuneo. Si este medio es insuficiente se saca parte del hígado por la incisión practicada, se rechaza su cara convexa hacia la pared torácica y de este modo queda al descubierto la cara inferior de la víscera con el hilio.

Conviene siempre ver bien la continuidad entre el cístico y el colédoco, porque éste suele contrastar por su volumen con la vesícula y el cístico, fibrosos y retraídos. Si no se descubriera bien la continuidad con el cístico podría creerse, por su distensión, que era el duodeno. Reconocido el colédoco, es fácil seguirle con ó sin incisión del peritoneo posterior. Conviene después abrirle y explorar su cavidad; para esto cojo el colédoco con dos pinzas de Kocher, le incindo longitudinalmente entre ellas y examino su interior con el dedo ó con un explorador uretral. Termino explorando el extremo superior del colédoco y el hepático con un nuevo instrumento, porque el primero se contamina al ser introducido en el intestino. Creo que esta exploración es utilísima para que no queden cálculos que pueden ser causa de nuevos accidentes.

Terminaré indicando un detalle de técnica post operatoria. Una vez extraído el cálculo, como generalmente hay infección de las vías biliares, conviene no suturar el colédoco, sino hacer el desagüe de las vías biliares superiores, introduciendo un tubo de caucho en el extremo superior del conducto abierto. Al contrario que otros cirujanos, no fijo este tubo á los lados de la incisión del colédoco con catgut ó con seda, sino que me limito á introducirle varios centímetros en el hígado y á fijarle con crin á los labios de la herida cutánea. Este tubo se une con otro que desciende hasta una vasija colocada al lado del lecho y que obra como un sifón, asegurando el derrame de la bilis y manteniendo seca la cura.

Mixocondroma braquial de la región submaxilar derecha.—El Dr. *Le Dentu* refirió el caso de una señora de cincuenta y nueve años que tenía en la región submaxilar derecha un tumor del tamaño de una nuez. El tumor sobresalía bastante del maxilar, era movible, y los tejidos inmediatos estaban completamente sanos; no había el menor infarto ganglionar. Se le extirpó sin dificultad alguna, y el análisis histológico demostró que era un mixocondroma de células ramificadas.— F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Diciembre de 1905.

De la subcutina en la técnica de las inyecciones mercuriales solubles. — El Dr. Danlos: La subcutina es un producto bien definido, cristalizable, de fórmula publicada, y que ya ha sido objeto de importantes trabajos. Si los

productos industriales que circulan con este nombre tienen un punto de fusión variable, es simplemente porque el comercio ignorante ó poco escrupuloso vende algunas veces como auténticos productos que no lo son. Por otra parte, ¿qué importa para los médicos una cristalización ligera en la ampolla, si basta colocarla unos instantes en agua caliente para que el depósito se disuelva? Por los demás, Midy asegura que en las ampollas que ahora prepara la precipitación es excepcional y hasta espera suprimir muy pronto este insignificante defecto, y después de mi comunicación muchos médicos me han dicho ó me han escrito que habían comprobado las ventajas de la asociación de la subcutina á las soluciones de yoduro. En cuanto á mí he de decir que, apoyado en la proposición de Ivon, he hecho estudios comparativos entre las soluciones siguientes: 1.ª, yoduro doble de potasio y de mercurio en solución simple; 2.ª, yoduro doble de potasio y de mercurio en solución isotónica; y 3.ª, yoduro doble de potasio y de mercurio en solución isotónica adicionada de subcutina. La primera es dolorosa, la segunda lo es un poco menos y la tercera es mucho mejor tolerada.

Solución del yodo en el cloroformo. — El Dr. Chassevant: Para evitar los inconvenientes de la tintura de yodo se puede utilizar la solución clorofórmica al 1 por 10, lo cual puede obtenerse con facilidad y extemporáneamente, siendo, como es, el yodo más soluble en el cloroformo que en el alcohol. Basta formular:

Yodo bisublimado...	1 gramo.
Cloroformo puro.....	10 cent. cúb.

De la yodomaizina. — El Dr. Vaudin: Para obtener un producto definido he tomado como punto de partida una substancia protéica bien definida, y susceptible siempre de obtenerla en idénticas condiciones; para ello he elegido una materia albuminoide aislada del maíz, y á la cual se da el nombre de maizina. El producto que he llamado yodomaizina está constituído por una masa amorfa amarillenta, muy higroscópica y soluble en el agua y en el alcohol. Los resultados obtenidos en la clínica son muy interesantes; la tolerancia es perfecta y el yodismo excepcional. Se han obtenido buenos efectos en los enfisematosos y en las sífilis terciarias.

Tratamiento de las paraplegias espasmódicas por una nueva técnica de ejercicios metódicos.—El Dr. Faure: El estado de paraplegia espasmódica beneficia muy poco de los tratamientos actualmente conocidos. En algunos enfermos, especialmente en los sifilíticos, una terapéutica dirigida contra la causa misma de la enfermedad (compresión, irritación espinal, lesión meníngea) puede seguramente ser suficiente para que desaparezcan más ó menos los accidentes espasmódicos. Pero, en la mayoría de los casos, los tratamientos dirigidos contra las causas probables de la paraplegia, no producen ningún efecto favorable, y dicho proceso, después de haberse instalado insidiosamente, en algunos meses, ó bruscamente, en algunos días, continúa indefinidamente estacionario. Estos casos son los que he tratado, desde 1902, y los resultados obtenidos con estos ensayos son los que voy á exponer.

El nombre de «paraplegia espasmódica» lo he aceptado en su sentido clínico clásico, es decir, el que se aplica á sujetos que tienen contractura

permanente de los miembros inferiores, con dificultad ó supresión de los movimientos voluntarios, por lesión ó irritación de los centros motores espinales, sea cual fuere la causa de la lesión ó de la irritación. A menudo, el estado general del individuo ha sido bueno: no había enflaquecimiento ni otra disminución de la fuerza que la debida á la misma parálisis espasmódica; no hay ó hay poca atrofia en los miembros paralizados, y el volumen de los músculos casi siempre ha sido normal. Son, pues, paraplegias espasmódicas puras, por decirlo así, las que hemos sometido al tratamiento. Los signos eran muy claros: estado espasmódico acentuado y parálisis extendida á todos los músculos, ó á casi todos, de los miembros inferiores. Todos los enfermos se hallaban en un período estable, es decir, que desde muchos meses ó años se había fraguado la paraplegia espasmódica sin que hubiese sufrido modificaciones considerables. Se podía, pues, suponer que la lesión que había engendrado la paraplegia no se encontraba en una fase de evolución aguda ó que había llegado al período cicatricial. Me he abstenido de intervenir en los individuos que tenían una lesión en evolución evidente y progresiva, y en especial cuando los movimientos despertaban dolores ó contracturas. Precisado de este modo el campo de acción, he aquí los resultados obtenidos:

Antes del tratamiento. — Quince de mis enfermos eran completamente impotentes, ó poco menos; 17 podían arrastrarse, pero lentamente, con ayuda y grandes dificultades, y 8 podían trasladarse de un punto á otro con relativa libertad, pero con una marcha evidentemente espasmódica. Total, 40.

Al fin del tratamiento. — Dos aún son impotentes, pero sus contracturas están disminuídas y sus movimientos voluntarios mejorados, permitiéndoles ir de un sitio á otro, uno con dos muletas y el otro con un bastón. Por lo demás, los dos no han podido prolongar el tratamiento todo lo necesario, y se puede suponer, cuando menos para uno, que estos resultados podrían ser ulteriormente perfeccionados. Diez caminan solos, pero con dificultad, y esta mejoría es suficiente para cambiar por completo su vida social; 13 han recobrado una gran libertad de movimientos, pero con una marcha todavía espasmódica; 7 no tienen más que algunos signos poco visibles de espasmocidad; 2 han recobrado una marcha normal, y su estado espasmódico no se manifiesta sino en ocasión de movimientos difíciles, y 2 pueden correr, saltar, bailar y hacer todo cuanto pueda un hombre normal. En cambio, 4 enfermos han abandonado el tratamiento desde el principio, descorazonados ante la perspectiva de su larga duración y dificultad. Este fracaso, cuando menos en un 10 por 100, es habitual con estos métodos terapéuticos. Y es que no basta la buena voluntad y la competencia del médico, sino que además se requiere la inteligencia, la aplicación y la paciencia del enfermo. Los enfermos así tratados padecen lesiones nerviosas, y muchos son, en consecuencia, neurópatas, cuyo sistema nervioso es un *locus minoris resistentiæ*. En su cualidad de neurópatas, son más instables, son poco constantes y se cansan antes de lo necesario para obtener buenos resultados de los tratamientos difíciles.

(*La Press. Méd.*, núm. 105, 1905.) — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 3 de Enero de 1906.

Fibromioma uterino con degeneración sarcomatosa.—El Dr. *W. S. A. Griffith* refirió, en su nombre y en el del Dr. H. Williamson, el caso siguiente:

La enferma, de cincuenta y seis años, ingresó en el Hospital de San Bartolomé con sarcoma del útero. Seis años antes acudió á la consulta del mismo Hospital con un tumor del abdomen que fué diagnosticado de fibromioma uterino. Al practicar la autopsia se vió que el útero contenía varios fibromiomas, en uno de los cuales se había desarrollado un sarcoma. Existían en ambos pulmones depósitos secundarios.

Es muy difícil llegar á una conclusión exacta respecto á la frecuencia de la asociación entre el sarcoma y el fibromioma. No es difícil aceptar la doctrina de que un tumor inocente en su principio puede hacerse maligno. El caso referido es un ejemplo de ello.

El Dr. *R. Hamilton Bell* citó un caso de fibromioma que experimentó la modificación sarcomatosa. Este caso fué presentado hace dos meses á la Sociedad por el Dr. Tate. La Comisión de Patología no ha podido afirmar que exista la degeneración sarcomatosa. En cambio, el Laboratorio de Patología del Hospital de Santo Tomás admite como innegable dicha degeneración.

El Dr. *H. Spencer* cree que el sarcoma del útero es más común de lo que generalmente se supone, y que suele ser difícil distinguirle del fibroide. La presencia de células voluminosas ó gigantes es de gran valor para diferenciar un sarcoma de un fibroide inflamado. Citó dos casos, los cuales, en la época de la operación, se consideraban como fibroides simples, pero el examen más minucioso y el desarrollo de neoplasias secundarias probó eran sarcomas.

El Dr. *Williamson* indicó que la presencia de células gigantes demuestra la naturaleza maligna probable del tumor.

Pielonefritis del embarazo. — El Dr. *W. A. Milligan* refirió un caso en el que el riñón izquierdo de una mujer de veintitrés años fué afectado durante el segundo embarazo. Los síntomas se presentaron seis semanas antes del parto, y tres semanas después fué evacuada una gran cantidad de pus; el riñón estaba ligeramente desorganizado. La herida operatoria fué desaguada y la enferma concluyó por curar. No se encontró cálculo alguno y la orina fué siempre de reacción ácida. En otro embarazo la pielonefritis no se reprodujo.

El Dr. *R. Drummond Maxwell* citó el caso de una mujer de veinticinco años, la cual, en el cuarto mes de su primer embarazo, observó que la orina era purulenta. Fué sometida al régimen lácteo y los síntomas desaparecieron. A las veintisiete semanas de la gestación volvió á ingresar en el Hospital con los mismos síntomas. Se provocó el parto, mejorando bastante el estado de la enferma. Al reconocerla se descubrió en el flanco izquierdo una tumefacción renal fluctuante. Se trataba de un gran absceso del riñón, del que se extrajeron bastante cantidad de cálculos friables.

Pólipo adenomatoso del cuello uterino. — El Dr. *F. E. Taylor* presentó seis preparaciones microscópicas de un pólipo implantado en el cuello uterino. El pólipo, del tamaño de un huevo de paloma, fué extirpado á una mujer de cincuenta y tres años, á causa de las hemorragias que venía produciendo desde hacía cinco años. El microscopio demostró que la neoplasia estaba compuesta de masas de tejido glandular rodeadas de tejido conjuntivo linfadenoide citogénico en alto grado.

El Dr. *A. Routh* dijo que había observado varios pólipos de este género desarrollados en la parte superior del conducto cervical y mezclados con tejidos muscular y glandular.

El Dr. *H. R. Spencer* cree que estos pólipos fibroides adeníferos son frecuentes, y que es un error llamarles adenomas.

Fibroides uterinos en ancianas. — El Dr. *W. S. A. Griffith* dijo que había extirpado fibroides uterinos calcificados á una mujer de sesenta y nueve años y á otra de setenta y tres. Fué preciso intervenir á causa de los fenómenos de compresión que producían estos tumores. Las dos enfermas curaron perfectamente.

Mola tubaria.—El Dr. *Galabin* presentó la trompa izquierda, que contenía una mola, y el ovario izquierdo (que era sarcomatoso). Fueron extirpados, con el apéndice del lado opuesto, á una mujer de cuarenta y seis años que había tenido cinco hijos. El ovario izquierdo era casi sólido, pero al corte se observó que contenía algunos quistes pequeños. Cree probable la emigración transperitoneal del óvulo.

El Dr. *Fairbairn* dijo que el ejemplar presentado debía ser clasificado como fibroma y no como sarcoma del ovario. Cree que hubo rotura del ovario con salida del óvulo y no emigración transperitoneal de éste.

(*British Med. Journal*). — F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 9 de Enero de 1906 (1).

Circulación capilar y presión sanguínea. — El Dr. *A. Haig* dijo que una de las causas posibles de la relación definida entre la circulación capilar y la presión sanguínea es la contracción de las arteriolas, que suspenden el riego sanguíneo en los capilares y hasta les obstruyen. La hipertrofia de las túnicas arteriales no es causa del aumento de la presión sanguínea, sino efecto de ella. La circulación capilar puede obstruirse á consecuencia de na modificación de la sangre. Existe una relación constante entre la candad de ácido úrico contenida en la sangre, la circulación capilar y el gra› de presión sanguínea. Es posible comprobar la circulación capilar com:obando la cantidad de ácido úrico. Todos los medicamentos que aumen›n la cantidad de ácido úrico contenida en la sangre hacen más lenta la ırculación capilar, y todas las que disminuyen dicha cantidad hacen más

(1) La sesión del 27 de diciembre se suspendió por la festividad de Pascuas.

rápida la circulación á través de los capilares. Es de suponer que este efecto del ácido úrico sea mecánico y debido á su presencia en el torrente circulatorio, lo cual dificulta el paso de la sangre á través de los capilares pequeños.

El Dr. *F. Parkes Weber* manifestó que ha procurado en varios casos determinar el coeficiente de viscosidad de la sangre. Cree, á juzgar por el resultado de sus observaciones, que el carácter viscoso de la sangre depende principalmente del número de glóbulos rojos que contiene. En un enfermo de policitemia esplenomegálica el coeficiente de viscosidad era de 11'5, cuando el número de glóbulos rojos de la sangre excedía de 9.000.000, en otro de 11'8 y en un tercero de 6'7, pero en éste se habían hecho varias sangrías. En un caso reciente de cianosis dicho coeficiente era de 6'5 con más de 6.000.000 de glóbulos rojos. En un caso de aneurisma era de 4, pero el número de glóbulos sanguíneos rojos no llegaba á 4.000.000.

El Dr. *J. D. Malcolm* cree que la obstrucción vascular no radica en los capilares, sino en las arteriolas. El efecto de una contracción de las arterias no es hacer pasar la sangre á través de los capilares obstruídos, sino aumentar esta obstrucción. Para elevar la presión capilar es preciso que las arteriolas se dilaten. El irritante, ácido úrico ó cualquier otra substancia, obra probablemente sobre las arteriolas.

El Dr. *F. Hare* señaló las relaciones que existen entre el ácido úrico y la jaqueca. Ha observado que los ataques suelen corregirse por la alimentación que aumenta la cantidad de ácido úrico en la sangre; cree, por lo tanto, que la purina no es un factor esencial de la jaqueca. Las variaciones en la excreción del ácido úrico son probablemente efecto y no causa de los ataques de jaqueca.

El Dr. *Haig* dijo que el organismo tiene la propiedad ilimitada de almacenar ácido úrico, y respecto de algunos enfermos el símil de un terrón de sal no es una exageración.—(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 6 de Diciembre de 1905.

Sobre la conducción de la sensibilidad en la médula espinal.— El Dr. *Rothmann*, después de una breve excursión al desarrollo histórico de las ideas que se han emitido sobre las vías de conducción de la médula espinal, examina brevemente las que se relacionan con la conducción de la sensibilidad. Estas vías son: las de los cordones posteriores, que representa el camino más corto y más directo, las vías de los cordones cerebelosos laterales, y al mismo tiempo una serie de haces fibrosos más cortos. Conviene advertir que de estas vías no todas ellas son capaces de conducir todas las excitaciones sensitivas, circunstancia que, como es natural, viene á complicar más el asunto; pero aún lo complica más la subconciencia, por medio de la cual las sensaciones generales vienen á ser percibidas en las partes más profundas del cerebro.

En un principio se creyó que las excitaciones sensitivas eran conducidas

por el lado respectivo de la médula; más tarde se admitió una conducción bilateral, y, por último, Brown-Séquard sentó la afirmación de que se cruzan todas las fibras sensitivas, explicándose así el cuadro clásico que lleva el nombre de dicho autor. Pero ya al muy poco tiempo afirmó Schiff que sólo se cruza la parte más principal de las fibras sensitivas, pero que hay una minoría de ellas, á veces muy importante, que no se cruza, hecho que ha venido á ser confirmado por medio de la experimentación. En la actualidad se admite que la mayor parte de las fibras que conducen las sensaciones del dolor y de la temperatura pasan al cerebro por los cordones cerebelosos laterales. Sin embargo, esta opinión no puede sostenerse, porque, de ser exacta, no se apreciarían dichas sensaciones después de excluído el cerebelo, y, sin embargo, no sucede así. Ziehen ha demostrado que en este concepto tienen una gran importancia para la percepción de las sensaciones térmicas y dolorosas, una serie de vías más cortas que caminan por los cordones laterales.

El autor ha cortado al través los cordones anteriores en la parte superior de la médula cervical, inmediatamente por debajo del cruzamiento de las pirámides, y con estos experimentos que ha realizado en mamíferos superiores (perros y monos) ha observado que se presentan alteraciones en la sensibilidad táctil y ligeros fenómenos atáxicos, es decir, perturbaciones del sentido muscular. Después ha procedido á seccionar además aisladamente los cordones laterales y los posteriores y también ha realizado la combinación de secciones transversales de diferentes cordones.

Para percibir las sensaciones del tacto intervienen principalmente los cordones anteriores y los posteriores. Cuando se los excluye, aún se siguen percibiendo las sensaciones dolorosas (en los animales no se puede estudiar el sentido de la temperatura); la mayor parte de las sensaciones dolorosas es conducida, al menos en el perro, por los cordones laterales. Cuando también se seccionan éstos aún se continúan percibiendo los dolores muy intensos, y, por lo tanto, hay que admitir que una parte de las fibras que conducen las sensaciones de dolor camina por las vías cortas. La sensación de presión es conducida casi por las mismas vías; el sentido muscular lo es por las tres vías largas.

Respecto al hombre, nuestros conocimientos acerca de este asunto todavía son relativamente escasos. La patología no da una contestación inequívoca para la solución de estas cuestiones, porque en los casos patológicos se trata casi siempre de lesiones complicadas, trátese de la tabes, de tumores ó de otra afección análoga. En cambio, las heridas punzantes de la médula espinal tienen todo el valor de un experimento, puesto que, como consecuencia inmediata de las mismas, se presenta casi siempre una parálisis de Brown-Séquard. Una exploración minuciosa de estos casos demuestra que los sentidos del dolor y de la temperatura están completamente abolidos, y que, por lo tanto, el cruzamiento de las fibras respectivas parece ser más completo en el hombre que en los animales. Sin embargo, ulteriores observaciones enseñan que llega á presentarse una restitución funcional bastante completa, cuando sobreviven los pacientes, y hasta en casos en que la sección de la médula había interesado la mitad de ésta ó quizá una parte mayor. Este hecho no puede explicarse de otra manera

que admitiendo la sustitución del lado cruzado, ó sea el lesionado, por e lado sano ó no cruzado. La abolición completa de los sentidos del dolor y de la temperatura no persiste más que en aquellos casos en que han sido seccionadas las dos mitades de la médula espinal. Algunos casos sumamente instructivos, que se encuentran en la literatura y que cita el autor, demuestran que dicha restitución funcional puede alcanzar mucha importancia.

Las sensaciones de presión parecen ser conducidas en el hombre por las mismas vías que las otras dos clases de sensaciones; respecto á las sensaciones táctiles, parece que son conducidas por los cordones anteriores y laterales. De todos modos, enseña la experiencia que cada especie de sensación dispone siempre de varias vías. Esta circunstancia permite á la cirugía de la médula espinal arriesgarse á proceder con mayor atrevimiento, sin temor á que puedan quedar de resultas de las intervenciones quirúrgicas alteraciones de la sensibilidad graves y de carácter permanente. Para resolver qué vías intervienen en cada caso y qué límites hay que tener en cuenta, sirve la experimentación como un medio auxiliar importante é indispensable.

Las inyecciones de oxígeno en las enfermedades quirúrgicas infecciosas.—El Dr. *Heinz Wohlgemuth* dice que, fundándose principalmente en los experimentos hechos por cirujanos franceses y belgas, ha practicado en casos de forúnculos, carbunclos, panadizos y flemones, inyecciones de oxígeno en el contorno de dichas lesiones patológicas y después de haber hecho incisiones pequeñas en dicha zona; además, en aquellos casos en que ya había heridas supurantes las regó repetidas veces con oxígeno. Las inyecciones son ciertamente dolorosas, pero con ellas se observa una curación más rápida, sin que en ningún caso haya habido necesidad de practicar las incisiones extensas que generalmente se hacen en estos casos y que pueden dejar cicatrices tan molestas desde el punto de vista estético como por la perturbación funcional que ocasionan.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 1.° de Diciembre de 1905.

Carcinoma del colon. — El Dr. *Julio Hochenegg* presenta la preparación de un cáncer extenso del colon, procedente de una mujer de treinta y siete años que venía presentando hacía cuatro meses y medio síntomas de una estrechez crónica del intestino. Al abrir el vientre se encontró un tumor del tamaño de un puño. En vista de que había una gran diferencia de calibre entre las ramas aferente y eferente, de que el colon estaba muy lleno de materias fecales y de que el tumor estaba adherido á la pared posterior del estómago, circunstancia que exigía una resección de dicha pared, resolvió el autor emplear el procedimiento en dos tiempos, que tan buenos

resultados le viene dando hace años en las extirpaciones del intestino grueso.

Después de abierto el vientre, se atrae el tumor hacia afuera y se le moviliza para poder disecar el mesenterio que le corresponde y el de la porción inmediata. Después se saca fuera de la herida abdominal el trozo enfermo del intestino, sin abrirlo; se cierra dicha herida todo lo posible, y al cabo de algunos días se extirpa el tumor con el termo. El ano artificial que queda se cierra en una segunda sesión. Para hacer esta operación es requisito indispensable que se pueda movilizar la porción del intestino afectada por el cáncer. Lo esencial del método consiste en sacar fuera de la herida abdominal el intestino no abierto.

El autor ha hecho esta operación 11 veces en la práctica particular y tres en la clínica. De estos 14 casos, 12 viven todavía, uno falleció al año de recidiva y otro falleció también al año, al intentar la oclusión del ano por medio de una operación autoplástica, que en este caso fué muy difícil por circunstancias especiales. El autor también consiguió por este método resultados definitivos muy satisfactorios.

El primer caso se refiere á un individuo que tiene hoy ochenta y siete años y que fué operado, hace once, de un cáncer del colon transverso. El segundo paciente, hoy de setenta años, fué operado hace cinco por un cáncer de una flexura, cáncer que procedía de un divertículo intestinal. El tercer paciente fué operado hace cuatro años. Siete meses antes de la operación se diagnosticó cáncer de la flexura, pero creyéndole inoperable, se trató con purgantes é irrigaciones altas. Al practicar una de éstas con gran presión se perforó el cáncer y la mayor parte del líquido penetró en el tejido celular, desarrollándose un flemón, que fué el motivo de haber llamado al autor. Cuando éste vió al enfermo había fiebre y un flemón gaseoso sobre el ligamento de Poupart izquierdo, pero ascendiendo mucho por las cubiertas abdominales. Pensó al principio limitarse á abrir el absceso, pero al hacerlo tropezó con el cáncer perforado de la flexura, cáncer que tenía el tamaño del puño de un niño, y que estaba adherido á la pared anterior del vientre. En vista de esto, movilizó el tumor, lo atrajo hacia fuera y lo extirpó con el termo. En este caso prescindió el autor de la oclusión del ano artificial. De los demás casos, uno es del año 1902 y otro del 1903, sin recidiva. Una enferma, del año 1904, padece de metastasis interiores.

Lipomatosis y neurofibromatosis. — El Dr. *Rodolfo Paschkis* presenta un enfermo de treinta y cuatro años que padece de lipomatosis simétrica y de neurofibromatosis, de Recklingausen. Ambas enfermedades ya son en sí raras, pero su combinación, tal como se ve en este caso, no se había observado hasta la fecha.

Cálculo intestinal. — El Dr. *Hans Wimmer* presenta un cálculo intestinal que ha sido extraído por medio de la laparotomía. Tiene 8 centímetros de largo, 6 de ancho y 19 de perímetro, y pesa 320 gramos. Al corte presenta una estratificación concéntrica muy hermosa y un núcleo sin estructura, que contiene en el centro restos de una cáscara de semilla. El cálculo se hallaba libre en el intestino, por encima de la válvula ileocecal, y la causa de su formación ha sido una estrechez de dicha válvula producida por un proceso ulcerotuberculoso en el ciego. Se resecaron éste y la última asa

del intestino delgado, uniéndose los dos cabos seccionados por medio de sutura. El paciente salió curado del hospital á los dieciocho días.

Yecorina.— El Dr. Teodoro Roberto Offer: La yecorina ha sido descubierta por Drechsel en el hígado del caballo, y tiene las siguientes propiedades. Se la extrae del hígado por medio del alcohol; después de evaporado éste se disuelve en éter y de la disolución etérea se precipita, añadiendo alcohol. El precipitado, que no está cristalizado, se deseca en el vacío sobre ácido sulfúrico, hasta convertirse en una masa parecida á la porcelana, que se deshace de nuevo al contacto del aire. La disolución etérea reduce el licor de Fehling. Según los análisis de Drechsel, se trata de una combinación de lecitina y glicosa.

En cambio, Meinertz deduce de investigaciones recientes que no se trata de una combinación química, sino de una mezcla de lecitina, dextrosa y sales inorgánicas. La parte principal la constituye la lecitina.

Por mi parte, y á pesar de haber seguido con todo rigor la marcha aconsejada por Drechsel, nunca me ha sido posible extraer del hígado una substancia que tuviera las propiedades de la yecorina. Para evitar toda posibilidad de una hidrolisis procedí á la extracción en frío, y el extracto lo concentré en el vacío y á una temperatura lo más baja posible. A favor de la hipótesis de que, dado que con la lecitina también se precipitaba azúcar de las disoluciones etéreas al tratar éstas con el alcohol, debe tratarse en el caso de Drechsel de un producto artificial originado por causas hasta ahora ignoradas, deponen los experimentos de Bing sobre el azúcar de lecitina y el que yo he llevado á cabo en la forma siguiente. Si se agita una disolución etérea de lecitina pura con otra acuosa de glicosa, se deja que con el reposo se separen perfectamente ambas disoluciones, se lava á menudo la disolución etérea ya separada con agua, y por último, con una disolución concentrada de sulfato sódico, se ve que, después de evaporado el éter, queda una substancia reductora parecida á la yecorina. El azúcar asociado de este modo á la lecitina no se puede arrastrar al principio por medio del agua, y por lo tanto está combinado de un modo laxo con la lecitina. Podemos figurarnos que la yecorina descrita por Drechsel se forma de un modo análogo.

En el curso de mis investigaciones sobre la yecorina hube de descubrir aquella substancia, de cuyas propiedades químicas y significación fisiológica he tratado en el último Congreso de Naturalistas celebrado en Meran. Es una dispentosamina, ó sea una biosa, análoga á la albúmina de Fränkel, pero que difiere de ésta en que en el caso actual se trata de una combinación nitrogenada de una pentosa. Es decir, que se ha conseguido por primera vez aislar de un órgano y sin necesidad de influencia hidrolítica, una combinación de un azúcar con cinco átomos de carbono.

(*Wiener klinische Rundschau*).—R. del Valle.

PERIÓDICOS

La interrupción de la circulación como agente terapéutico. — Así como Eushing trató un caso de enfermedad de Raynaud por medio de la anemia artificial sostenida durante varios minutos, el Dr. W. Ewart recomienda también la interrupción de la circulación como medio terapéutico auxiliar en la artritis reumatoidea, en vista de la experiencia recogida en dos casos.

La constricción de la extremidad respectiva que habrá de abarcar arterias y venas se practica en sesiones, dos ó más al día, y en número de seis seguidas. Cada sesión dura de medio á dos minutos.

Al parecer, la ventaja principal se obtiene sobre los derrames sinoviales y sobre las estancaciones linfáticas; el procedimiento influye menos sobre las induraciones periarticulares. Mientras dura la isquemia y aprovechando el adormecimiento de sensibilidad que determina, se pueden ejecutar con precaución movimientos pasivos. — (*Lancet*). — R. del Valle.

Resección incruenta del prolapso rectal. — La parte prolapsada — dice el Dr. Laplace—se extrae todo lo posible con una pinza ordinaria. Una aguja resistente de Hagedorn, provista de una hebra fuerte de seda torcida, se introduce á través del engrosamiento del recto, al nivel de la margen del ano. La hebra de seda se divide después en dos. A unos 5 centímetros de distancia y al mismo nivel se introduce de igual manera otra nueva ligadura. El cabo interno de la primera ligadura se anuda con el de la segunda y el nudo que resulta se aplica contra la pared interna del cilindro formado por el prolapso; los cabos externos se ligan con fuerza sobre la pared externa de dicho cilindro. Se introducen y aplican de la misma manera otras nuevas ligaduras hasta que queda rodeado por completo el prolapso. Después se extirpa con un bisturí todo el tejido rectal que quedá por por fuera de las ligaduras. Hecho esto, se extraen una por una las ligaduras y el extremo dividido del intestino se sutura en el ano. El enfermo es sometido á dieta láctea y se le pone un enema diario. La operación es casi indolora.—(*The Therapeutic Gazette*, diciembre 1905).—F. Toledo.

Aplicación cutánea del collargol. — En vista de las dificultades con que se tropieza para practicar inyecciones intravenosas en los niños pequeños, el Dr. Rocaz emplea el collargol bajo la forma de ungüento al 7 por 100 (ó sea el ungüento Credé debilitado á la mitad). Con dicho ungüento practica diariamente una fricción en la axila previamente jabonada y lavada con lcohol para quitarle la grasa. La cantidad de ungüento empleada es de 1 3 gramos de cada vez y la fricción dura quince minutos.

Los resultados obtenidos han sido sumamente satisfactorios en un caso difteria pura, en otro de difteria complicada, en otro de escarlatina, en rios de gripe y, sobre todo, en algunos casos de bronconeumonía sarampionosa. En tres niños atacados por esta última afección, el éxito fué sorprendente: uno de ellos había contraído el sarampión después de una gripe complicada con síntomas pulmonares, y se encontraba en un estado ge-

neral muy deplorable (bronconeumonía doble, infecciones sucundarias muy numerosas); en este niño el collargol determinó la curación en pocos días. En otros niños mal nutridos el cuadro morboso se modificó de la misma manera con el empleo del collargol.

Cree, por lo tanto, el autor que el medicamento en cuestión está llamado á un gran porvenir en la práctica pediátrica.

(*Gaz. des hôpitaux de Toulousse*). — R. DEL VALLE.

El cristal en la curación de las heridas. — Un cirujano inglés, el doctor J. L. A. Aymard, aconseja sustituir el lint por el celuloide ó el cristal en la curación de las heridas granulosas. En las del brazo, por ejemplo, se separa de los tejidos el cristal colocando lana alrededor de sus bordes; en el lado opuesto del brazo se aplica una férula ligera, sujetando todo con un vendaje. Este método tiene las ventajas siguientes: 1.ª Nivela por completo la superficie de la herida y hace innecesaria la cauterización de las granulaciones exuberantes. 2.ª La cura no es dolorosa. 3.ª No hay hemorragia. 4.ª Rapidez del proceso curativo, que disminuye en una mitad de tiempo, cuando menos. 5.ª Cubierta aséptica en comparación con el lint. 6.ª Cura baratísima. 7.ª Permitir examinar la herida sin separar el apósito.

(*The Lancet*, 18 noviembre 1905.) — F. TOLEDO.

Medio muy sencillo para conseguir la regulación térmica en la primera infancia. — Los Dres. Thevenet y Mareau refieren que, con el objeto de hacer descender la temperatura en los niños de pecho que tienen fiebre, los colocaban en una incubadora con trocitos de hielo ó bien aplicaban una vejiga de hielo al vientre. Ambos procedimientos se toleraban muy mal.

En vista de esto, emplean en la actualidad un tubo de goma de 6 á 7 metros de largo, con el cual rodean el cuerpo de la criatura, fijando dicho tubo con alambre fino de metal. Por el tubo hacen circular agua á una temperatura de unos 20°, para lo cual lo ponen en comunicación con la cañería del agua potable, abriendo más ó menos la llave de enlace, según se quiera graduar el efecto refrigerante. Con este procedimiento se consigue hacer descender la temperatura á la normal en muy poco tiempo. De igual modo se la puede hacer subir, empleando agua caliente, cuando la temperatura del niño es subnormal.

Según los autores, el procedimiento es muy útil en los catarros gastro-intestinales agudos de los niños de pecho, y en diversos estados febriles, sobre todo, en los de naturaleza tifoidea.—(*Lyon Medical*).—R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

BREVES CONSIDERACIONES

SOBRE LA APARICIÓN DE UNA EPIDEMIA DE FIEBRES TIFOIDEAS

PARTICULARIDADES DE ALGUNOS CASOS

POR

DON EUGENIO LORENTE

Doctor en Medicina y Cirugía (Palencia).

Ejerciendo la profesión en uno de los pueblos más insanos de la provincia de Palencia, tuve ocasión de observar detalladamente la aparición de una epidemia de fiebres tifoideas, cuyo diagnóstico no me fué posible hacer hasta que no se presentó un caso típico de la misma. Su curso fué el siguiente: Durante el verano de 1904 apareció en la localidad una enfermedad epidémica que califiqué de «infecciones intestinales colibacilares», y de la cual se registraron unos 150 casos en niños y adolescentes, manifestándose por malestar, inapetencia, enflaquecimiento, que en algunos casos fué anterior á toda molestia, cefalea, fiebre moderada, 38°,5, algún vómito y diarrea, que aunque en algún caso no apareció al principio de la enfermedad, siempre se manifestó visiblemente durante el curso de la misma, acompañada en algunos de vómitos repetidos y enfriamiento ' las extremidades, síntomas de verdadero cólera infantil.

Después de unos 40 ó 50 casos de esta especie, empezaron á verse gunos en los que la localización intestinal era menos marcada, iniciaba más el carácter tóxico de la infección, la fiebre era más a, 39°,5, la postración era mayor y empezó á verse algún enfero con delirio tranquilo, la lengua, sin aparecer tan saburral, emzó á notarse seca, tostada, con una capa grisácea en su superfi-

cie; esto en el mayor número de casos: en otros se vieron verdaderos tipos de fiebres gástricas, con lengua sucia, inapetencia, dolor de cabeza, sensibilidad en la región epigástrica, llamando mucho la atención la tendencia adinámica de la infección que se veía desde el principio.

A seguida de presentarse algunos casos de localización verdaderamente gástrica, se vió uno que en plena epidemia de fiebre tifoidea se le hubiera calificado del tipo medio, pues presentó la elevación gradual de la temperatura hasta 40°; el período prodrómico con las hemorragias nasales, el atontamiento cerebral con vértigo, cansancio, y en el período de estado las fuliginosidades bucales, el dolor en la fosa ilíaca derecha, algo de timpanismo, diarrea, sordera pronunciada, estupor marcadísimo y todos los signos de una torpeza cerebral grande, la temperatura siguió su ciclo con la meseta del período de estado y las oscilaciones descendentes que se iniciaron al comenzar el cuarto septenario.

Hasta aquí había pensado en la naturaleza colibacilar de la infección, pero la observación detenida del caso que acabo de referir, me hizo sospechar si me encontraría frente á una de esas epidemias de fiebres tifoideas que se deslizan solapadamente y cuyos primeros casos no son típicos de la enfermedad, son verdaderos tipos de fiebres gástricas, que poco á poco van transformándose y cambiando el estado saburral de la lengua, los ensueños y la fiebre moderada por la lengua tostada y fuliginosa, el delirio y la fiebre alta con sus tres períodos de ascenso, estado y descenso. La aparición de nuevos casos de gran infección, como el anterior, confirmaba mis sospechas, máxime cuando ya en éstos aparecieron bien marcados la erupción de manchas rosadas, el gorgoteo de la fosa ilíaca, la tumefacción del bazo y ese sinnúmero de complicaciones que he podido observar en el corazón, bronquios, vasos, aparato digestivo, peritoneo, etc. En esto vinieron á parar aquellas infecciones intestinales benignas, cuyo síntoma más culminante era la diarrea; en esto vinieron á parar aquellas otras infecciones gástricas con temperatura elevada y donde ya se manifestaba la tendencia adinámica y tóxica de la enfermedad, transformación verdaderamente gradual sufrió la epidemia desde los primeros casos á los últimos; cada caso nuevo presentaba un nuevo síntoma que estudiar, y así de una manera insensible de unos casos á otros, ví pasar la serie de gradaciones qué ligeramente acabo de bosquejar.

Hubo durante la epidemia invasiones raras, algunas verdadera-

mente brutales, con dolor fuerte de cabeza, que aparecía en plena salud, cogiendo al individuo en el campo, de donde le tenían que traer, pues no podía sostenerse en pié, tal era el atontamiento cerebral y la sensación de vértigo que sentían los enfermos. Otros manifestaban un dolor grande en las piernas, con gran cansancio, que les impedía moverse. Hubo localizaciones de la enfermedad en la faringe nasal, con la expulsión de mucosidades sanguinolentas espesas, muy difíciles de desprender. Casos verdaderamente apiréticos y de algunos días de duración, otros en que la temperatura ascendió á 40° al tercer día de enfermedad y se sostuvo á esta altura durante un septenario, al cabo del cual descendió en cuarenta y ocho horas á la normal. Las manchas rosadas han sido poco frecuentes durante la epidemia.

La hemorragia nasal es muy característica y frecuente en el principio de la enfermedad.

Ha habido verdaderos tipos de fiebres intermitentes con escalofrío, calor y sudor, entre ellos uno en que el escalofrío era magistral, como el de la pulmonía, acompañado de temblor exagerado y castañeteo de dientes, sobreviniendo sin hora fija, cotidiano y susceptible de moderarse algo con la quinina, con la cual le he visto desaparecer y volver nuevamente cuando se cesaba en la administración del medicamento: siempre fué seguido este escalofrío de poca elevación de temperatura y sudor no muy abundante. He podido observar también en algunos casos una notable diferencia entre la temperatura de la mañana á la de la tarde; en uno de ellos, por demás curioso y cuya curva conservo, llegué á notar la diferencia de 4° de la temperatura de la mañana de 36°,5 á la de la tarde de 40°,5; estas oscilaciones tan grandes ocurrieron en el período de descenso de la fiebre, y fueron verdaderas oscilaciones descendentes; tuve ocasión de observarlas con varios termómetros, y en los primeros momentos me hicieron temer una perforación intestinal.

Como complicaciones, he podido observarlas en todos los órganos, pero sobre todo he visto tres casos de peritonitis por perforación, con descenso marcado de la temperatura; en uno de ellos que ví oportunamente descendió 2°; los tres fueron seguidos de muerte. De colapso cardíaco hubo varios; se iniciaba por una hiposistolia progresiva, que no había medio de poderla dominar, pues ni la cafeína ni la esparteína administradas por la vía hipodérmica y con oportunidad, fueron capaces de contener aquel aniquilamiento progresivo de los sístoles. De síncope cardíaco ví morir tres; siempre

sobrevino cuando los enfermos hicieron algún movimiento, por ejemplo, para tomar alimento; uno de ellos al sacarle de un baño progresivamente enfriado, al que no me atreví á dársele frío por cierto grado de hiposistolia que observé desde el principio de la enfermedad: este fracaso sufrido por la balneación ante los ojos del vulgo, fué motivo para que no pudiera hacer uso de ella más que en otros cuatro casos, por oponerse las familias á dicho medio, considerándole como brutal; indudablemente que no hubiera podido bañar á 50 ó 60 enfermos que visitaba diariamente, pues carecía de personal y de utensilios, pero lo hubiera hecho á aquel que más lo hubiera necesitado.

Ví un caso de hematuria, otro de hemorragias intestinales repetidas, que terminó por la muerte; otro de flemón perirrectal con fístula completa consecutiva. Varios de flebitis, que duraron algunos meses; uno clásico de arteritis femorotibioperonea, en un individuo artrítico, y que acaso por esta circunstancia terminó por la gangrena después de pasado el estado agudo.

En resumen, hubo unas 300 invasiones, con una mortalidad de un 8 por 100, de manera que la epidemia fué de pronóstico benigno, á pesar de las dificultades del tratamiento.

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DR. D. FRANCISCO RUEDA

Director de la Consulta oto-rino-laringológica del Hospital de la Princesa.

SUMARIO: I. El tratamiento de las otitis por el método de Bier. — II. Red linfática de la nariz y de las fosas nasales. — III. Un dilatador nasal. — IV. Epistasis grave de los arterio-esclerosos. — V. Sobre la diferente manera de conducirse que tienen las partículas minerales y los microorganismos en las criptas de la amígdala. — VI. Sobre algunas manifestaciones poco frecuentes de la sífilis en las vías aéreas superiores.

I. Es un asunto de actualidad en las Academias la discusión del llamado método de Bier para el tratamiento de ciertos procesos flogísticos.

Este método está basado en la provocación de una hiperemia venosa en el territorio afectado de la dolencia que queremos combatir. En el tratamiento de algunas artritis tuberculosas parece ser

que ha realizado pruebas favorables, y la colocación de una venda compresiva de goma elástica por encima de la lesión ha procurado una evolución favorable del proceso, comparable al mejor de los tratamientos. Lo mismo podía decirse de la orquitis tuberculosa y de otros padecimientos que no son de este lugar y que no hemos de discutir, concretándonos á llamar la atención sobre la influencia que el tratamiento por la hiperemia venosa puede tener sobre los procesos flogísticos del oído medio.

En el último Congreso alemán de Cirugía comunicó el Dr. Bier la historia de 12 casos de otitis aguda curados por la hiperemia venosa, fracasando en otros seis, en los que el tratamiento posterior operatorio demostró la existencia de secuestros y de colesteatoma, que explican suficientemente la ineficacia del tratamiento por el éxtasis venoso.

Aunque semejante método aplicado al tratamiento de las otitis supuradas nos parece *a priori* una estravagancia, no podemos condenarle en absoluto sin examinarle y oir á los experimentadores que lo empleen. En caso de lesión auricular, la hiperemia venosa se obtiene por medio de una venda elástica, que se aplica al cuello comprimiendo la circulación de retorno, hasta ocasionar cierta tumefacción y cianosis facial, que se mantiene durante veinticuatro horas, dejando descansar al enfermo durante dos horas para reanudar de nuevo la constricción, que puede durar diez á quince días. Los enfermos parece ser que terminan por habituarse á la venda, no sin tener la sensación de abultamiento cefálico y cual si los ojos saliesen de las órbitas, padeciendo algunos de cefalalgia, ruidos auriculares, vértigos y vómitos.

Ahora vamos á ver lo que dice Heine sobre este tratamiento, ensayado en la clínica de Lucae (de Berlín). Los resultados en esta clínica han sido diferentes, según la naturaleza de los casos tratados. En tres casos de otitis media supurada sin mastoiditis le ha dado una curación á los seis días de tratamiento en un sujeto cuya supuración databa de seis días. En otros dos ha resultado inútil y se ha precisado la operación.

En seis casos de otitis supurada con sensibilidad y sin tumefacción mastoidea, curaron dos á los diez días, fracasando en los otros cuatro.

En cinco casos de mastoiditis con infiltración de las partes blandas ha proporcionado el método de Bier dos éxitos notables. En uno de ellos, un joven de veinticinco años que á consecuencia de una

extirpación de adenoides sufría de fenómenos que hacían pensar en mastoiditis de Bezold, se vió curado radicalmente de su dolencia. En quince días de tratamiento se ha curado también radicalmente una joven afectada de mastoiditis. En resumen, puede afirmarse que en la clínica de Lucae no han sido los resultados tan brillantes como en la de Bier.

II. Es de un extraordinario interés para el especialista y el médico general el conocimiento detallado del sistema linfático de las vías aéreas superiores y los grupos ganglionares en que desaguan; al especialista le ilustra sobre la transcendencia de ciertos procesos sépticos y específicos que radican en los órganos de su competencia y sobre la importancia de matar *in situ* y rápidamente las lesiones en su principio, para evitar peligrosas absorciones y localizaciones linfáticas distantes, y al médico le hace comprender el gran papel que la mucosa de las vías aéreas superiores desempeña como punto de extensa absorción de gérmenes patógenos, orientándole en la institución de preceptos higiénicos para impedir la propagación al interior del organismo de aquellos elementos patógenos que la bacteriología ha demostrado ser habitantes ordinarios de las primeras vías. Considerada la cuestión de este modo, puede afirmarse que la tesis de Marc André ha venido á prestar un servicio de consideración á la práctica médica.

El Dr. Marc André, practicando inyecciones en 70 sujetos por el método de Gérota, ha realizado un estudio anatómico de verdadero interés que vamos á procurar transcribir en sus puntos más esenciales.

1.° *Linfáticos de la nariz.* — Los linfáticos cutáneos, así como los de los músculos, periostio y pericondrio, forman mallas más ó menos apretadas, según la región, y llegan á determinados colectores que pueden ser repartidos en tres grupos principales: uno superior, otro medio y otro inferior.

El grupo superior, que fué descrito primeramente por Küttner, toma su origen en la raíz de la nariz, y reuniéndose en uno ó dos colectores por cada párpado, viene á desembocar á ciertos ganglios superficiales por encima de la glándula parótida y al ganglio preauricular.

El grupo medio, que puede ser considerado como el principal, se confunde en su nacimiento con los vasos linfáticos emanados de la parte inferior frontal, de los párpados, del surco nasogeniano, de los carrillos, y formando cuatro ó cinco colectores desagua en los

ganglios submaxilares á nivel del borde inferior de la mandíbula.

El grupo inferior, que nace del lóbulo nasal y vestíbulo, se dirige muy superficialmente hacia abajo, contorneando las comisuras labiales, terminando bajo el menton, en los pequeños ganglios subhioideos. Esta red linfática se continúa por el vestíbulo nasal, con los linfáticos de la pituitaria.

2.° *Linfáticos de las fosas nasales.*—La red originaria de los linfáticos de la mucosa, nace en las capas del corion inmediatamente por debajo de la membrana basal subyacente al epitelio, adquiriendo un desarrollo considerable en puntos que, como el borde libre de los cornetes inferior y medio, son de gran espesor, y siendo continuo con las redes correspondientes al vestíbulo nasal, á la faringe, á la pared superior del velo palatino y á la trompa de Eustaquio.

Aunque de distribución aparentemente uniforme, pueden, sin embargo, diferenciarse dos agrupaciones algo independientes, correspondiendo respectivamente á las regiones olfatoria y respiratoria de las fosas nasales. Los canalículos de la primera agrupación descienden verticalmente de la bóveda á lo largo del cartílago del tabique nasal, anastomosándose frecuentemente, para reunirse en dos series de colectores, de los que el superior camina por la bóveda hasta la nasofaringe, para alcanzar la fosa detrás de la trompa de Eustaquio, y el inferior sigue por el borde posterior del tabique hasta el suelo de las fosas nasales. Es digno de ser notado que Marc André ha podido inyectar esta agrupación por la vía meníngea.

Tanto los linfáticos de la pared externa de las fosas nasales, como los de la parte inferior del tabique y del suelo, van en dirección anteroposterior hasta la abertura posterior de las fosas nasales.

De la extensa y apretada red linfática de la pituitaria emanan dos corrientes: una anterior, de poca importancia, y otra posterior, que es la vía principal de las fosas nasales. La corriente anterior es perforante, es decir, que constituyendo pequeño número de canales atraviesa por los intersticios existentes entre los cartílagos y entre éstos y los huesos para comunicarse con la corriente linfática que sigue la trayectoría de los vasos faciales y terminar en los ganglios inframaxilares. Al considerar la corriente posterior hay que tener en cuenta un punto que es un verdadero lugar de cita de la mayoría de los linfáticos, y es el situado entre el cornete inferior y el reborde anterior de la trompa de Eustaquio, constituyéndose alrededor de su orificio una verdadera red peritubárica.

De la gran agrupación linfática internasofaríngea parten tres

grupos de colectores que constituyen tres pedículos. Los linfáticos, que constituyen el primero ó superior, caminan bajo la trompa por entre los peristafilinos, encontrando algún ganglio y marchando luego, aplicados lateralmente á la faringe, sobre el constrictor superior, desembocando en la pared posterior, á nivel de las masas laterales del atlas, en los ganglios retrofaríngeos. Los linfáticos, que constituyen el segundo pedículo ó pedículo medio, compuesto la mayoría de las veces de dos linfáticos voluminosos, se dirige hacia abajo y afuera, perfora la túnica muscular de la faringe y se termina, por encima del asta mayor del hioides, en un ganglio voluminoso, colocado inmediatamente por debajo del vientre posterior del digástrico. El pedículo inferior se compone de colectores que caminan bajo la mucosa de la cara superior del velo del paladar, y pasando luego lateralmente por el pilar posterior, se anastomosan con los linfáticos de la región amigdaliana, perforando entonces la pared lateral de la faringe, para desembocar en un ganglio de la cadena yugular, situado por debajo del esternocleidomastoideo á la altura de la bifurcación de la carótida primitiva.

Las consecuencias clínicas que se desprenden de la distribución apuntada son numerosas y podrían ocupar un capítulo especial.

III. Por encargo del Dr. Burton Brown, del departamento otológico de *London Hospital*, ha construído la casa Ornold and Sons un dilatador nasal que es una variedad de las muchas ideadas desde que el Dr. Moritz Schmidt ideó el suyo. Consta de un resorte elástico formado de un alambre que se acabalga sobre el dorso de la nariz y que, descendiendo por los surcos nasogenianos, termina en dos valvas fenestradas que penetran en el vestíbulo nasal, separando las alas de la nariz del tabique nasal. Se mantiene él solo colocado con facilidad y no molesta. Es de utilidad en todos los casos en que por cualquier circunstancia existe una respiración bucal dominante, y puede ser usado durante el sueño.

IV. Enfrente de las epistaxis frecuentes de causa banal y de cohibición fácil, ya espontáneamente ó por los medios sencillos de todos conocidos, están esas otras hemorragias nasales que se observan frecuentemente en personas de alguna edad, y cuyas circunstancias etiológicas deben ser buscadas ó en una alteración de la tensión intravascular ó en una modificación de las paredes de los vasos que les hace más friables.

El fenómeno ordinario en la epistaxis queda reducido á lo siguiente en la mayoría de los casos: pequeñas roturas vasculares origina-

das por una causa mecánica que ha actuado sobre la llamada *mancha vascular del tabique* ó *locus de Kiesselback*, y que se encuentra á muy poca distancia del vestíbulo nasal, y un sencillo taponamiento anterior, que bien pronto contiene la hemorragia. Pero cuando las hemorragias nasales pueden constituir un fenómeno serio por la difícil cohibición y la anemia aguda que posteriormente acarrean por su abundancia y repetición frecuente, es cuando las paredes vasculares se encuentran degeneradas y más friables, como sucede en los arterio-esclerosos.

Sobre este punto concreto acaba de publicar un trabajo interesante el bien conocido especialista de Toulouse, el Dr. Escat, presentándonos muy claras figuras esquemáticas de la distribución de la arteria esfenopalatina interna, que puede ser llamada la arteria de las epistaxis y de los focos más frecuentes de la hemorragia.

La principal arteria aferente de la *mancha vascular del tabique* es la esfenopalatina interna que desde la articulación vomero-esfenoidal sigue la dirección del vómer hasta la región antero-inferior del tabique, ofreciendo generalmente dos ó tres ramas en su distribución: la superior, la media y la inferior. Estas ramas, al nivel del cartílago cuadrangular y por encima del conducto de Stenson, forman una red anastomótica abundantísima que tiene comunicación por la parte anterior con la arteria del subtabique, emanación de la coronaria superior, y por la parte inferior con la arteria palatina superior, que envía un ramo á través del agujero palatino anterior. Si á estas anastomosis agregamos las que las ramas de la esfenopalatina interna tienen con las etmoidales, tendremos completo el sistema arterial del tabique nasal.

Los focos de las epistaxis son variables y pueden tener asiento en cualquiera de los puntos arteriales mencionados.

La epistaxis más frecuente y la más benigna es la que tiene su asiento en la mancha vascular del tabique, punto de fácil acceso en el que los vasos son capilares, y, por lo tanto, la hemorragia cede fácilmente á los medios sencillos.

Seguramente que la hemorragia es mucho más grave cuando procede de la rotura de alguna de las ramas importantes del tabique, sobre todo, si se trata de las zonas más posteriores, punto en el ıe se dan principalmente en los arterio-esclerosos.

El Dr. Escat distingue cuatro focos desde el punto de vista que tratamos:

1.° Foco central de la mancha vascular.

2.° Focos marginales de la mancha vascular.

3.° Focos secundarios normales; y

4.° Focos secundarios anormales, originados por anomalías en la conformación del tabique nasal, qne hacen más difícil el tratamiento tópico.

Cree el Dr. Escat que no hay posibilidad de un tratamiento sistemático, debiendo siempre guiarnos por los datos de la rinoscopia y apelando bien á la cauterización química, á la galvánica ó al taponamiento, según los casos.

V. Es muy interesante todo lo que hace referencia á la fisiología normal y patológica del tejido adenoide de la faringe, y particularmente de las llamadas amígdalas. Es, además, un campo casi virgen para la investigación en la que pueden trabajar mucho lo mismo los clínicos que los experimentadores. Es un problema también de actualidad el determinar qué papel desempeñan tales estructuras, así como puerta de entrada de elementos patógenos infecciosos, como también el que juegan ó pueden jugar en la destrucción de los mismos gérmenes.

Estudiando los numerosos casos de lesiones amigdalianas diferentes que frecuentan las clínicas de la especialidad, hay ocasiones numerosas de comprobar la coexistencia de estos procesos con otros de índole local y próximos al tejido amigdaliano, y también con otros de localización lejana y cuyo punto de partida amigdaliano sería de muy difícil demostración. ¿Quién no ha notado, por ejemplo, el fenómeno de aparecer un flemón periamigdaliano algún tiempo después de haber desaparecido una amigdalitis lacunar aguda? ¿Quién no ha visto un absceso laterofaríngeo por adenitis supurada de los ganglios correspondientes después de terminada la evolución del mismo proceso? Es bien conocida la explosión de artritis reumáticas á las que ha precedido una amigdalitis aguda.

En el tradicional hábito escrofuloso figuran al lado de los infartos amigdalianos las hipertrofias adénicas del cuello, y es de observación corriente que son éstas más pronunciadas del lado en que el tejido adenoide faríngeo parece más lesionado. En la memoria de todos estará presente la idea de Dieulafoy, según la que las estructuras amigdalianas serían frecuente habitación del germen tuberculoso; y seguramente no necesitamos multiplicar más los ejemplos para convencer de la importancia que ofrece el estudio de un asunto como el de que hace referencia el epígrafe.

Hace años que el Dr. Goodale practicó experiencias, según las que

resultaba evidente que ciertas partículas inorgánicas podían penetrar en el espesor del tejido amigdaliano, según resultaba del examen practicado sobre cortes seriales de amígdalas guillotinadas. Más tarde, el año 1900, el Dr. Pirera publicaba su trabajo en los *Archivi italiani di Laringología*, donde decía que las bacterias pueden penetrar fácil y rápidamente la capa epitelial de las criptas amigdalianas; y á propósito de esto es oportuno consignar el resultado obtenido por el Dr. Jonathan Wright en trabajos realizados en el laboratorio de «The Manhattan Eye, Ear and Throat Hospital», y que entresacamos del *New York Medical Journal*, enero 1906.

Según estos estudios, las partículas de carmin penetran fácilmente en el epitelio de las criptas y se encuentran en la trama del tejido á los quince minutos, según se demuestra en las amígdalas enucleadas; pero en modo alguno sucede lo mismo con las bacterias, las que pueden verse en abundancia en la superficie, pero en modo alguno en el interior por debajo de la capa epitelial.

VI. El tema de la sífilis de las vías aéreas superiores, así en el estudio de las lesiones que ofrece como en su diagnóstico y tratamiento general y local, seguramente que no merece gran consideración en el texto de una revista destinada á la información de las novedades que pueden ocurrir; es asunto viejo y bien trillado por los tratadistas. ¿Quién no conoce la evolución de las manifestaciones secundarias y terciarias de la sífilis en las vías aéreas con todo el cortejo que pueden traer de infecciones secundarias asociadas y de manifestaciones parasifilíticas? Pero si bien todo parece estudiado en este terreno, no sucede lo mismo en lo que respecta á evolución de estas mismas lesiones, y la importancia que anómalamente pueden alcanzar, originando procesos que, ó pueden confundirse con los tuberculosos ó cancerosos, ó extravían nuestro juicio por la inusitada gravedad refractaria al tratamiento específico.

Sobre un tema parecido publiqué hace años un pequeño trabajo, y constantemente en las Revistas aparecen casos clínicos que se apartan del tipo corriente, y últimamente el Dr. Félix Semon el día 9 de enero ha dado una conferencia en la Policlínica de Londres ocupándose de la materia, y de tal modo que no debemos dejar pasar en silencio.

En cuatro observaciones de su práctica privada fundamenta las consideraciones clínicas que apunta en su trabajo.

1.° *Sífilis terciaria de la garganta y lengua de aparición precoz y de tipo maligno.*— Un hombre, al año de contraer un chancro duro

y sin manifestaciones secundarias ostensibles, presenta una enorme tumefacción de lengua y paladar y enormes amígdalas con ulceración, con un estado general deplorable. Las lesiones progresaron hasta engendrarse ulceración destructiva de paladar y fauces, que originaron adherencias varias con el correr de las lesiones y perforaciones palatinas. La laringe queda libre de la invasión y sólo la epiglotis presenta espesamientos parciales.

Desecha el Dr. Semon la idea de que pueda ser considerado el proceso como de origen mercurial tóxico, y lo trata como la evolución de infiltración gomosa precoz, apoyándose en observaciones semejantes de Mauriac y Zeissl. El tratamiento por el mercurio y la yodipina resulta contraproducente, pareciendo hallar beneficio con el cocimiento de zarzaparrilla de Zittmann.

2.° *Sífilis terciaria laringotraqueal seguida de sífilis terciaria aislada de la nasofaringe.* — Una mujer casada, sin historia de sífilis, pierde la voz y experimenta cierta dificultad respiratoria, sin que los sucesivos análisis delataran el bacilo de Koch. La laringoscopia muestra en posición fija el lado izquierdo laríngeo y edematosa la cuerda vocal, y se ven tumefacciones rojas traqueales, sobre todo en la izquierda, dejando para el paso del aire una hendidura solamente. Se diagnóstica infiltraciones gomosas y se instituye tratamiento específico, con el mejor éxito ; pero al cabo de algún tiempo es afectada de supuración auricular y sordera, apareciendo una tumefacción en la bóveda faríngea, que se ulcera, y es diagnosticada de goma y cede igualmente al tratamiento específico.

3.° *Precoz aparición de infiltración fibrosa faringolaríngea en un caso de obstinada reproducción de manifestaciones sifilíticas secundarias.*— El carácter de las lesiones que el enfermo ofrecía está marcado bastante gráficamente en el enunciado, siendo digna de recordarse la confusión diagnóstica que podía existir con una tuberculosis, desechándose tal idea por la coexistencia de otras manifestaciones sifilíticas y la ausencia de lesiones torácicas. Por otra parte, el éxito del tratamiento por el yoduro potásico justificaba el diagnósco establecido.

4.° *Sífilis terciaria laríngea manifestada particularmente por inflamaciones periódicas con producción de excrecencias papilomatosas efímeras.* — Este caso, en el que repetidamente recidivaban las excrecencias papilomatosas, que llenaban la laringe, lo considera el Dr. Semon como una marcha anómala en la historia de la sífilis, cuyo semejante no ha visto en su larga práctica, no habiendo tam-

poco visto ningún otro igual en la literatura que ha registrado. Deduce el Dr. Semon que en el tratamiento de la sífilis no debemos dejarnos guiar por un método sistemático, siendo ilustrativo bajo este punto el considerar las observaciones en que no ceden las lesiones al tratamiento específico mejor instituído.

BIBLIOGRAFIA

POR EL DOCTOR

DON JERÓNIMO PÉREZ ORTIZ

Cirujano del Hospital Militar de Madrid.

I. Enfermedades del páncreas: Conferencias dadas en el Instituto Rubio por el Dr. D. Eulogio Cervera y Ruiz. Folleto de 96 páginas, con grabados. Madrid, 1905.

II. Lecciones de técnica anatomopatológica, por el Dr. López García, profesor de Anatomía patológica y de Histología en la Facultad de Medicina de Valladolid. Un tomo en 4.° de 289 páginas. Valladolid, 1905.

III. Baños-duchas populares: Proyecto presentado al Excmo. Ayuntamiento de Madrid, por el arquitecto D. Luis María Cabello y Lapiedra. Folleto de 15 páginas y 8 grabados. Madrid, 1905.

I

Las conferencias dadas por el Dr. D. Eulogio Cervera en el *Instituto Rubio*, impresas en un elegante folleto de 96 páginas, ilustrado con 26 grabados intercalados en el texto, es uno de los mejores trabajos escritos por este ilustrado cirujano; dicho trabajo merece sea leído por la clase médica y en particular por los críticos que estimen el progreso de nuestra literatura médica española, por su buen estilo y por su castizo lenguaje. Materia difícil de exponer por lo poco que todavía se ha hecho respecto á las enfermedades del páncreas y el limitado campo que, desde el punto de vista de la práctica, existe para darle, como dice el autor, sabor clínico que le hiciese más agradable y atractivo.

El Dr. Cervera ha sabido trazar un cuadro acabado de la patología de esta glándula, resumiendo los trabajos modernos de los cirujanos americanos, austriacos é ingleses, y dando á conocer su estudio personal sobre la materia que trata. Desde las primeras páginas del libro y al exponer su modo de pensar de las enfermedades del *páncreas* y de las asociaciones con las *gastroduodenohepáticas*, las representa con gran ingenio por cuatro círculos aislados: hígado,

duodeno, estómago y páncreas, cuyos círculos correspondientes á cada uno de estos órganos pueden patológicamente evolucionar entre sí y aisladamente ó, por el contrario, reunirse sus límites circunferenciales por la extensión del proceso patológico.

Empieza su trabajo haciendo una excursión al campo de la anatomía y de la fisiología como preliminar obligado para el estudio de las alteraciones patológicas, detallando sus síntomas, que divide en digestivos, físicos, especiales por comprobación experimental y metabólicos. Dedica á la etiología y la patología especial dos buenas lecciones y otras no menos importantes á la pancreatitis crónica, á los quistes, á las neoplasias y á los traumatismos. Respecto al tratamiento, resume en un cuadro las indicaciones é indicados médicos y quirúrgicos. En las inflamaciones primitivas (pancreatitis), agudas, hemorrágicas necrósicas supuradas, acompañadas de obstrucciones duodenal ó del colon por compresión, está indicada la laparotomía con desagüe á través del mesocolon en las crónicas intersticiales y cirrósicas con obstrucción del colédoco, debe practicarse la colecistotomía, coledecotomía y la hepaticotomía. Cuando hay foco supurado, laparotomía y abertura del absceso. Las intervenciones en los quistes y en las neoplasias, extirpación, marsupialización, casos difíciles y seguidos de muerte y en las traumáticas, laparotomía supra-umbilical y desagüe.

Termina su labor indicando en un apéndice la técnica aconsejada por *Cammidge* para la investigación de los cristales pancreáticos. Es una lástima, que un cirujano de la talla del autor, sea tan poco dado á dar á conocer sus estudios y sus observaciones. El mejor modo de enriquecer nuestra cirugía patria y que nuestros trabajos pasen las fronteras, es publicar estudios del mérito como el último del Dr. Cervera, pues en España tenemos materiales suficientes y cirujanos de gran mérito como en el extranjero.

II

El Dr. López García, Profesor de la Facultad de Medicina de Valladolid, ha dado á la estampa un libro de gran utilidad, no sólo para el estudiante, sino que también para el histólogo, el bacteriólogo y el clínico, pues á pesar de ser un tomito de 291 páginas y calificar de *Lecciones elementales de técnica anatomopatológica*, nada falta por exponer y tratar de estas especialidades, cuyo progreso constante han hecho de la medicina moderna una ciencia completamente nueva. El autor divide su obra en 22 lecciones y un apéndice,

que subdivide á su vez en tres grandes secciones: *Técnica anatomopatológica* (preliminares), *Técnica anatomopatológica propiamente dicha* y *Técnica microbiológica.*

En la primera sección se ocupa del plan del curso de esta asignatura, y hace una reseña histórica de la anatomía patológica desde J. Bichat hasta nuestros días, adoptando la definición de Ziegler, por ser la que más se ajusta al estado actual de la ciencia.

En la segunda sección expone todos los procedimientos que el anatomopatólogo emplea en sus investigaciones para demostrar los hechos patológicos y hacer sus descubrimientos. Los divide en macroscópicos y microscópicos químicos, haciendo un estudio muy extenso de la necrosia, considerando su técnica de la mayor importancia, tanto bajo su punto de vista como comprobación clínica, como de ilustración jurídica. La descripción de lo que deben ser los anfiteatros de trabajos anatómicos para este género de investigaciones, el orden que debe seguirse para practicar la autopsia, que resume en un cuadro sinóptico para su redacción, está perfectamente hecho, con método claro y preciso en su exposición, y que revela en el autor gran conocimiento en la práctica de estos trabajos. Termina sus lecciones dando á conocer todos los métodos y líquidos conservadores de las piezas patológicas, relacionando los procedimientos especiales adoptados en los principales museos de Berlín, Edimburgo, París, Viena y Génova.

Las lecciones consagradas á la técnica microscópica y microbiológica son excelentes, y constituyen, con la claridad y concisión con que están expuestas, las mejores páginas de este libro, por el valor que representa la recopilación de todos los procedimientos de preparación de cultivos, reactivos, métodos de coloración, etc., labor que sólo le es permitido emprender á los hombres que, como el Dr. López García, pasan toda su vida en el laboratorio. Este libro, escrito y publicado en Francia, sería traducido á varios idiomas. Es cuanto podemos y debemos decir en alabanza del autor.

III

Sentimos confesar que el abandono y el atraso en materia de higiene pública son en España imperdonables. En otras capitales de Europa se instalaron hace muchos años, para el servicio público, los establecimientos de baños-duchas; pero en nuestro país existen media docena de propiedad particular, con muchas deficiencias algunos de ellos, en lo que se relaciona con el progreso de hidrotera-

pia. Estos establecimientos sólo son frecuentados por la clase media de la sociedad, pues el obrero y el industrial, por la carencia de medios, se ven obligados á bañarse en estío en nuestro caudaloso Manzanares, metiéndose en una charca de agua sucia, cubierta de mugrientas esteras.

El proyecto de *baños duchas populares* presentado por el ilustrado y laborioso arquitecto D. Luis M. Cabello y Lapiedra al Excelentísimo Ayuntamiento de esta capital, y cuyo proyecto ha sido inspirado en el estudio de otros de igual clase en París, Viena, Oporto y Génova, merece grandes plácemes, pues responde á un fin práctico en Madrid, como en aquellas capitales, pues el aseo corporal es preservativo eficaz de muchas infecciones que se adquieren por la superficie cutánea, privada por la suciedad, sobre todo en ciertas artes y oficios, de desempeñar sus funciones fisiológicas y contribuir á manifestaciones patológicas.

En este trabajo, después de indicar el autor del proyecto la necesidad de establecer en Madrid estos servicios, hace un estudio de los de igual clase en el extranjero en un elegante folleto, que ilustra con tres grabados que representan la fachada del edificio, una sección del mismo y plano de proyección y distribución de los locales. Este edificio lo divide en tres naves: dos para vestíbulo de ingreso y salida, y otra central para la colocación de baños-duchas. La construcción de sus muros son huecos, no sólo para llevar por ellos las tuberías de calefacción, agua fría y caliente para la alimentación de las mismas, sino para que exista una cámara de aire. Toda esta construcción es económica, suprimiendo toda ornamentación, que hace siempre subir su coste, y que no asciende más que á 40.000 pesetas, á pesar de estar embetunadas sus armaduras y revestidos sus paramentos de estucados higiénicos. Según los cálculos de gasto anual para entretenimiento y de rendimiento por ingreso, resulta un interés de un 8 por 100 del capital empleado.

La idea es buena; el proyecto reune todas las condiciones de salubridad para lo que se destina; su coste económico y con buen interés, y no creo debiera haber vacilaciones en su realización hasta por empresas particulares. Ahora bien, y como dice el autor, sería necesario que los médicos, sobre todo los de la Beneficencia municipal, inculcasen en la clase menos acomodada la limpieza corporal, fuente de riqueza de la salud y del desarrollo físico.

Felicitamos al autor.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 18 de Diciembre de 1905.

Dos casos de parálisis facial de origen auricular.— El Dr. *Botella* presenta dos niños, cada uno con una parálisis facial consecutiva á lesiones auriculares; además, uno de ellos tuvo parálisis en el otro lado, que en la actualidad está curada.

El primero de estos niños, de dos años de edad, tiene, hace uno, supuración de oídos, que determinó cuatro meses há una parálisis facial (desviación de la comisura hacia el lado sano é imposibilidad de la oclusión del párpado del lado enfermo), acompañada de mastoiditis. Formóse un absceso mastoideo que se abrió espontáneamente, dejando una fístula, y en estas condiciones vióle el Dr. Botella, y propuso una intervención radical. Hizo la operación y extrajo un voluminoso secuestro mastoideo de la pared posterior del conducto, y pocos días después la parálisis facial comenzó á desaparecer, hasta el punto de que en la actualidad no presenta vestigios de ella. Este mismo niño, á quien también le supuraba el otro oído, comenzó á presentar en dicho lado otra parálisis facial, pero en éste no iba acompañada de mastoiditis. Intervínose también en la misma forma y se extrajo otro secuestro (que presenta á la Academia) menos voluminoso. En este lado la parálisis facial no ha cedido nada absolutamente.

El otro niño, que también presenta á la Academia, tenía también parálisis facial consecutiva á lesión auricular, que persiste aún, á pesar de la intervención, mediante la cual se extrajo también otro pequeño secuestro.

Hace notar el hecho de que en el niño que tuvo parálisis bilateral, ésta haya desaparecido precisamente en el lado donde las manifestaciones mastoideas fueron más aparatosas y donde el secuestro extraído fué mayor.

La parálisis facial de origen auricular es frecuentísima, hasta el punto de que hay otólogos que afirman que todos los otorréicos antiguos presentan ó han presentado vestigios de ella.

Hace mención de las tres porciones en que puede dividirse la anatomía quirúrgica del facial, para afirmar que es en la porción timpánica donde es- as parálisis suelen tener asiento. Todo el mundo conoce el caso en el cual la tracción de un tapón ceruminoso determinó la curación de una parálisis cial. Según una reciente estadística tomada en una epidemia de gripe, se apreciado la existencia de parálisis faciales, que curaron en número nsiderable, atribuíbles á otitis.

El Dr. A. G. Tapia: Las parálisis faciales auriculares no serían tan fre- entes sin la perniciosa creencia de que los flujos de oído son saludables munctorios, pues con su abandono se deja al pus provocar graves males.

El primero de los casos presentados por el Dr. Botella le parece sumamente interesante, por la coexistencia de parálisis bilateral y por el hecho de la curación de la de uno de los lados.

El otro caso se presta á deducciones interesantes. El famoso esquema de Erb, en el que se marcan los sitios donde se producen determinados síntomas, es falso, y es que el facial no inerva el velo, y por tanto la lesión por encima de los petrosos no produce su parálisis; la cuerda del tambor no lleva siempre la gustación á la lengua, ni en este caso la lesión del nervio del músculo del estribo puede apreciarse clínicamente.

Un hecho ha podido deducirse del caso actual: es sabido que hay los signos de Dupaty, Mac Cartey, Hersfeld, etc., en la parálisis facial; pues bien, la lesión en el segundo enfermito debió anular el *ramo de la fosa yugular*, que es el filete por cuyas anastomosis se produce la tos cuando se excita el conducto auditivo; la desaparición del reflejo tusígeno en este niño indicaría su lesión; he aquí un signo no citado por ningún autor y que el Dr. Botella habría podido descubrir.

El Dr. *Botella* dice que no ha hecho la exploración de la *gustabilidad* de la lengua por tratarse de un niño tan pequeño, y por eso tampoco ha hecho la observación del reflejo tusígeno. Cree, en efecto, que aquí aún son respetados por algunos los flujos auriculares, cosa que es preciso hacer desaparecer á toda costa.

Delirio epiléptico. — El Dr. Fernández Sanz: Hasta hace poco tiempo incluíanse sólo, entre los fenómenos epilépticos, aquellos ataques convulsivos de aparición brusca caracterizados por la pérdida de la conciencia y por amnesia. En la época actual se incluyen dentro de esta enfermedad cierto número de manifestaciones patológicas que antes se consideraban diferentes. Y aun los caracteres de los fenómenos accesionales se estudian hoy en sentido de la variabilidad de sus formas; así, por ejemplo, hay auras epilépticas que duran dos días, hay ataques en los que la conciencia no desaparece completamente y hay también frecuentes casos en que la amnesia no es absoluta. Es más, hay ocasiones en las cuales un epiléptico puede realizar durante el ataque actos de los cuales es irresponsable. Y de estos actos, que no recuerda poco después del ataque, vuelve á tener memoria de ellos pasado cierto tiempo; este es un asunto muy interesante desde el punto de vista médicolegal.

El siguiente caso de su observación personal es altamente instructivo por muchos conceptos. Trátase de un joven de veintiún años, sin antecedentes patológicos de ningún género ni propios ni de familia; no los hay tampoco de alcoholismo. Su enfermedad comenzó hace dos años por un ataque convulsivo (tónicas y clónicas) que fué precedido de grito, perdió el conocimiento, mordióse la lengua, tuvo emisión involuntaria de orina y amnesia consecutiva. Como se ve, era un ataque epiléptico típico. En idéntica forma le ha venido repitiendo desde hace seis meses todas las semanas, y en vista de la persistencia, decidiéronse á traerle á Madrid en busca de remedio. El día 2 de diciembre tuvo otro ataque, y en la madrugada del 3 se levantó de la cama sumamente excitado, y la familia pudo conseguir hacerle acostar; pero poco después levantóse de nuevo, rompió los cristales del balcón y se tiró á la calle. Afortunadamente no se hizo nada, lo cual

le permitió echar á correr; por fin, los guardias y los serenos que le seguían lograron capturarle y le condujeron á la Casa de Socorro, donde á la sazón prestaba servicio el que hoy expone esta historia.

Tratábase de un hombre alto, robusto, braquicéfalo; presentaba algunas pequeñas anomalías de desarrollo, tales como la falta de relieves en el pabellón de la oreja y la colocación del ojo izquierdo en un plano más inferior al del derecho; el corazón latía 132 veces por minuto y en el mismo tiempo había 20 respiraciones. Existían ideas delirantes de persecución, ilusiones visuales y desorientación completa: las contestaciones que daba cuando no eran negativas, eran incongruentes, y su estado psíquico era tal que cuando llegó su hermano á la Casa de Socorro no fué reconocido por él. Este estado pasó lentamente; á las cinco horas ya reconoció á su hermano, y poco después, en un estado de relativa tranquilidad, pudo ser trasladado á la sala de observación del Hospital Provincial.

Los síntomas eran tan manifiestos en este enfermo, que pudo hacer de un modo directo el diagnóstico de delirio epiléptico, probablemente alucinatorio.

En cuanto á la causa de la presentación de la epilepsia en este enfermo, no es fácil de explicar por no existir ningún dato de herencia, y no haber sufrido traumatismos cefálicos, pero en cuanto al recrudecimiento morboso á la llegada á la corte, es sencilla la explicación, pues las molestias del viaje, el cambio de vida, el reconocimiento facultativo y un ligero trastorno intestinal que padeció, fueron causas más que suficientes para que estallara el proceso, y si no lo hizo en forma de típicos ataques de epilepsia, lo realizó con la manifestación relatada, que ha venido á ser su equivalente psíquico.

El Dr. F. Sanz no ha vuelto á saber de este enfermo, pues es notorio que hay dificultades invencibles para los médicos extraños á dicha sala del Hospital Provincial.

El Dr. *C. Juarros* dice que, á su juicio, la historia expuesta por el distinguido neurólogo Fernández Sanz, peca de escasez de datos sintomáticos; no ha mencionado si existía angustia, dato que es sumamente interesante en los estados epilépticos; no ha dicho si existía estupor; no ha precisado la amnesia, y claro es que con estas lagunas no es fácil formar juicio exacto. Sin embargo, cree Juarros que, más bien que delirio epiléptico, tratábase de una forma de confusión mental depresiva; más bien que un delirio epiléptico, era un delirio en un epiléptico, lo cual es muy distinto.

El Dr. *Gayarre* dice que las dificultades inherentes al caso han hecho que el Dr. F. Sanz haya sido excesivamente parco en el estudio de los síntomas somáticos, pues no menciona el estado de los reflejos cutáneos, que nunca faltan en los epilépticos, ni habla del estado de la pupila, que en ellos está dilatada y rígida. Le parece, pues, un poco aventurado afirmar que tal delirio fuera el equivalente psíquico del ataque epiléptico, porque no todos los delirios que se presentan en los epilépticos son epilépticos. Es preciso aducir ciertas pruebas especiales que aquí no se han aportado.

El Dr. *Fernández Sanz* manifiesta que es el primero en comprender que la historia por él expuesta carece de muchos datos que no deben faltar en una buena historia clínica hecha en circunstancias normales; pero—aña-

de—crean los Dres. Gayarre y Juarros que en un individuo á quien se le observa una sola vez y en un estado de excitación y de acometividad tal, no es posible entretenerse en hacer examen pupilar ni de reflejos.

Por lo demás, cree que con los datos expuestos hay elementos suficientes para establecer aquel diagnóstico.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión inaugural celebrada el día 10 de Enero de 1906.

(Conclusión)

Resistencia del corazón del niño. — El Dr. Benítez: Si las consideraciones fisiológicas que acabo de hacer son en algún modo interesantes, no creo que lo sean menos las que se desprenden de la observación del niño enfermo.

De todos los afectos cardíacos, los congénitos son los que desde más tiempo llamaron la atención de los anatómicos y de los clínicos y merecieron de unos y de otros un especial estudio. Sin embargo, no sólo estas afecciones que figuran en el índice de todas las obras, capítulo aparte, son dignas de estudio tan especial por las grandes diferencias que las separan de otras adquiridas, sino que, en apoyo de mi tesis, creo que aquéllas y éstas deben estudiarse, no sólo separada y comparativamente entre sí, sino también de aquellas que se padecen á las demás edades.

De gran interés será tener en cuenta las consecuencias de la inoclusión del *septum interventricular*, de la persistencia del agujero de Botal y de las múltiples manifestaciones cardíacas anteriores al nacimiento, así como otras de orden anatómico, comprobantes de paradas ó desviaciones en el proceso embriogénico, y el que las lesiones congénitas asientan con más frecuencia en el corazón derecho, particularmente en el origen de la arteria pulmonar.

Congénito ó adquirido el padecimiento, el corazón del niño, con grandes aptitudes para la lucha, lucha sin cesar, y mayor número de veces que el del adulto sale vencedor de situaciones difíciles.

En las cardiopatías congénitas es preciso confesar, sin embargo, que generalmente la curación no es probable; muchas veces es imposible, y en no pocas ocasiones nada debemos esperar, ni siquiera por poco tiempo, del alivio subsiguiente á compensadoras alteraciones. La ausencia parcial ó total del corazón, algunas ectopias del mismo y la completa impermeabilidad de la arteria pulmonar sin circulación suplementaria suficiente y otras varias, son incompatibles con la vida.

No obstante, muchas veces se han podido comprobar casos, como, por ejemplo, de *morbus ceruleus*, en cuya patogenia y etiología (admítase la teoría de Gintrae ó la de Louis) para explicarla, el síntoma culminante, la cianosis, no se hizo ostensible hasta después de algunos años del nacimiento.

Algunas lesiones congénitas y asociadas del miocardio son compatibles con la vida, como no podría serlo cada una por sí sola; pero, por regla ge-

neral, la mayoría de los que la padecen no sobreviven mucho tiempo, contados años nada más, es decír, los correspondientes á los primeros de la existencia, durante los cuales la circulación sanguínea se hace con más facilidad y es más patente la resistencia del corazón, aun en estado anómalo.

Otras anomalías pueden ser compatibles con una vida más ó menos larga y más ó menos soportable, como, por ejemplo, y para no enunciar todas las conocidas, la trasposición de los gruesos vasos y la estrechez del orificio y de la arteria pulmonar, con comunicación interventricular; pero en estos casos es muy difícil que los enfermitos pasen de la adolescencia.

En el curso de las enfermedades adquiridas distinguiré, en primer término, cómo reacciona el corazón frente á las que sólo son causa de alteraciones funcionales, sin lesionar su estructura, á cómo lo hace cuando ésta llega á alterarse más ó menos profundamente.

La disnea, la taquicardia, la bradicardia, diferentes formas de cardialgias y cardiodinias, son producidas muchas veces por dilataciones gástricas y consecutiva compresión de los pulmones (causa alegada por Hayem), ó dependientes de trastornos gástricos diversos, que en ciertos casos pueden dar origen á que determinados fermentos intestinales actúen sobre los centros de inervación (causa expuesta por Huchard), ó á que por acción refleja que parte del neumogástrico estomacal (como dice Potain) se lleguen á impresionar los propios filetes del corazón, ó del corazón y de los pulmones. Esta disnea es producida por el espasmo de los capilares del aparato respiratorio, que dificulta y hace insuficiente la circulación menor y exagera la tensión sanguínea en el interior de la arteria pulmonar, acabando por resultar de esta serie de causas y concausas, la dilatación forzada del ventrículo derecho, deduciéndose teóricamente y comprobándose después por repetida experiencia, que si en semejantes casos se está expuesto á sufrir la temida hiposistolia del ventrículo derecho, siempre será menos probable que se produzca, y menos de temer, por consiguiente, en el niño que en el adulto, puesto que el orificio pulmonar de aquél, de un diámetro superior relativamente al de éste, cuenta con un ventrículo derecho mucho más apto por su mayor desarrollo para desempeñar la salvadora función que le está encomendada.

A la misma conclusión se llega si se tienen en cuenta efectos semejantes dependientes de otras excitaciones viscerales que centrípetamente parten del gran simpático y, después de reflejarse en la médula cervical, concluyen en el aparato cardiopulmonar, dando lugar á hipertensión sanguínea en la arteria pulmonar, como experimentalmente lo ha comprobado Morel excitando por medio de la electricidad el hígado de los animales.

Las pirexias prolongadas, que también suelen ser causa de debilitación cardíaca, tienen una influencia menos marcada en el niño. El soplo mitral á que Broadbent se refiere en algunos coréicos, soplo más fuerte que el anémico, sea ó no de causa orgánica, tantas veces pasajero, corrobora la creencia de que el corazón del niño, excepcional por su energía, cuenta con recursos que con los progresos de la edad van disminuyendo.

Si de las leyes puramente fisiológicas, que tienen por base un estado anatómico bien comprobado, se desprenden hechos como algunos de los que acabo de recordar referentes al acto íntimo qne demuestra las propie-

dades biológicas del especial aparato circulatorio del niño, creo, en lógica consecuencia, que estas mismas leyes transformadas en fisiopatológicas también deberán ser comprobadas clínicamente, como sucede, en efecto, cuando vemos niños con una afección cardíaca constituída.

Las cardiopatías, más frecuentes en las niñas que en los niños, pasan en unas y en otros desapercibidas muchas veces y es preciso *buscarlas* para sorprenderlas; con frecuencia tardan en dar lugar á síntomas generales, porque la elasticidad y el calibre de las arterias, el desarrollo progresivo y paralelo de las fibras del miocardio y de sus energías, garantizan una circulación general más perfecta.

Las dificultades con que se tropieza para hacer el diagnóstico de las cardiopatías y el ser curables muchas de las adquiridas durante la infancia, son causas que han debido contribuir á la falta de estadísticas satisfactorias de morbilidad y mortalidad comparadas con las de otras edades; laguna numérica que no me impide afirmar, sea cual fuere la frecuencia con que los niños adquieran afecciones cardíacas, que no podrán tener éstas la misma significación pronóstica que durante otras épocas de la vida, pues fácilmente se comprenderá que si después de los quince años el corazón ha de ir perdiendo la facultad de adaptarse para poder vencer trastornos circulatorios generales de importancia, no podrá más adelante hipertrofiarse con la misma facilidad que lo hubiese hecho durante el período evolutivo de la niñez, en el que fisiológicamente es susceptible de un crecimiento capaz de llegar á compensar lesiones que á los cuarenta ó cincuenta años, como dice Broadbent, «hubiesen seguido un curso fatal, sin determinar modificaciones estructurales de importancia». El corazón, en este último caso, por degeneración grasosa ó fibrosa, caerá en impotencia, y no podrá continuar venciendo, como fácilmente lo hizo durante muchos años, los obstáculos siempre crecientes de una esclerosis arterial generalizada.

Durante la infancia, el corazón crece lenta y continuamente hasta llegar á parecer normalmente hipertrofiado á los veinte años; pero este crecimiento no se hace de un modo gradual, según Weill, sino irregular y con dos períodos de brusco aumento, uno que corresponde á los primeros años y otro á la pubertad, es decir, á los períodos en que las actividades nutritivas son más precisas para la conservación y desarrollo de todo el organismo.

Este aumento de volumen puede en ocasiones parecer, más que normal, patológico, por ciertos trastornos que con él coinciden (pulmonares, cefálicos, nerviosos, etc.), y ha dado lugar á que se le haya considerado por Sée desde 1889 como una hipertrofia de crecimiento, ó á que el Dr. Vázquez, en su *Higiène de maladies du cœur*, el año 1899, y otros varios autores le interpreten como una cardiectasia por dilatabilidad fisiológica del corazón á la misma edad, influenciado por diferentes causas.

Sea la que quiera la noción que se acepte para explicar el síndrome, divididas como están las opiniones expuestas por innumerables autores que con posterioridad á los dichos se han ocupado de esta materia, sólo diré que, comunmente, la afección de que se trata es transitoria y curable. En efecto, la dilatación provocada por el excesivo ejercicio muscular ó por el dependiente de actitudes viciosas que obran por un mecanismo semejante,

aunque temporal, á como lo hacen definitivamente algunas deformidades raquíticas del tórax, se vencen con facilidad siguiendo exactamente los preceptos de la más elemental higiene, y el corazón del niño, dotado de una admirable elasticidad, involuciona progresivamente hasta llegar á su volumen fisiológico.

En otras ocasiones menos afortunadas, será de temer que la cardiectasia pueda seguir progresando; pero aun entonces quedará la esperanza de que la hipertrofia de las paredes correspondientes á la cavidad dilatada llegue á contenerla, triunfo probable que con tanta mayor facilidad y frecuencia observaremos, cuanto menor sea el niño, y cuya hipertrofia, por ser muscular y no esclerosa, hará posible una larga vida, salvo graves complicaciones. Cierto es que la dilatación y la hipertrofia cardíaca en el niño, solas ó asociadas, son en muchas ocasiones, la primera sobre todo, de pronóstico gravísimo; pero, al recordar diversos y lamentables casos de marcha rápida y á veces de instantánea y fatal terminación en el curso de algunas de las enfermedades agudas que la dieron origen, también me interesa hacer constar lo contadas que son las hipertrofias producidas por otras causas tan comunes en los adultos, como lo son, entre otras, las renales.

En la etiología de todas las cardiopatías adquiridas durante la infancia figura, en primera línea, el reumatismo. Las endocarditis reumáticas y las consecutivas á cualquiera otra infección, las congénitas y las adquiridas, y las agudas y las crónicas, siempre deberán ser consideradas como graves manifestaciones, origen y fundamento de penosos pronósticos. Sin embargo, la rica vascularización del endocardio, la actividad de los cambios nutritivos locales y generales, tan exagerada en la infancia, facilitan, sin duda, la absorción de los productos inflamatorios.

Yo, señores, conservo vivo y perdurable, al escribir estas líneas, el recuerdo de dos niños de diferente sexo atacados de reumatismo articular agudo, con endocarditis y soplo mitral consecutivo y de cierta persistencia. Durante bastante tiempo me hicieron temer la confirmación de una lesión irreparable; pero por fin curaron, no sólo la primera, sino la segunda vez que en cada uno de ellos se repitió el ataque, después de un intervalo de uno y dos años, respectivamente. Me creo, sin embargo, dispensado, para no cansar demasiado vuestra amable atención, de hacer aquí las historias clínicas detalladas de aquellos afortunados niños, que no han vuelto—y ya han pasado muchos meses desde la última vez que estuvieron enfermos—á acusar ningún síntoma subjetivo ni estetoscópico que pueda hacer sospechar siquiera que su corazón padece.

La endocarditis crónica suele ser muy limitada, y no progresa cuando se adquiere durante la infancia; las alteraciones circulatorias que pudieran derivarse de lesiones de las válvulas y de los orificios, al contar con recursos de compensación superiores á los del adulto, serán mejor toleradas; pero no hay que olvidar que terribles complicaciones pueden también obscurecer este cuadro y llegar á debilitarse el miocardio, que al fin y al cabo, y por su modo de ser, no está exento de llegar á la asistolia, aun cuando sea después de haber dado muchas y variadas pruebas de resistencia; el corazón no desmayará fácilmente, pero el desmayo anunciará un fin próximo y fatal y el primer colapso será presagio de muerte.

Más importantes que las endocarditis, por la gravedad que entrañan, son las pericarditis con ó sin derrame, y ya sea éste seroso, hemorrágico ó purulento. La vida del niño peligra de un modo serio, en la actualidad por la naturaleza y cantidad del líquido exudado, y en lo porvenir por las adherancias que dificulten el funcionalismo del corazón ó por una acción inhibitoria que, según parece, ejerce el pericardio enfermo sobre la fibra del miocardio, aun en estado de relativa integridad.

Para no prolongar este análisis, demostrativo de cuánto es capaz el corazón del niño y de cómo debe aquél luchar para vencer y vivir, recordaré tan sólo que los autores citan casos de sínfisis consecutivas á pericarditis, cuyas adherencias más ó menos rígidas llegaron á adquirir cierta flexibilidad ó á ser liberadas por el crecimiento continuo y poderosos movimientos cardíacos, facilitados por la capa de tejido adiposo que más adelante se encargará de disminuir el rozamiento de las dos hojas del pericardio.

Si después de lo dicho y de cuanto podría añadir si hiciera el estudio de cada una de las cardiopatías primitivas ó consecutivas, tenéis, señores, en cuenta que no siempre las cosas suceden tan satisfactoriamente, porque á veces son insuperables las dificultades que el corazón del niño tiene que vencer para poder alcanzar el necesario desarrollo visceral y subvenir al mismo tiempo á las necesidades del organismo entero, también podréis convenceros de que la higiene y la terapéutica, sobre todo la primera, pueden todavía evitar, curar ó aliviar á muchos de estos niños, despertando en ellos dormidas energías.

Las alteraciones funcionales imputables al uso del té, del café, del alcohol ó del tabaco, que ya desde niños consumen algunos, desaparecerán fácilmente con la abstención de estas substancias; el desarrollo incompleto de la caja torácica y la mala hematosis determinada por viciosas actitudes sostenidas, como las de algunos escolares, podrán ser evitadas y corregidas.

La gimnasia bien dirigida, el ejercicio al aire libre y la hidroterapia son aconsejadas en el tratamiento de ciertas afecciones cardíacas. Œrtel, de Munich, propone el empleo de los ejercicios activos, como la marcha ascensional, con el fin de aumentar la resistencia y desarrollo del corazón en algunas cardiopatías.

Las aguas mineromedicinales se han considerado hasta hace muy poco tiempo contraindicadas en las enfermedades del corazón. Proscritas las sulfurosas por Durand Fardel, Dujardin-Beaumetz, Huchard, etc., en los que padecen lesiones mitrales con la tensión arterial más ó menos acentuada, han prestado, sin embargo, servicios á M. Barié las sulfurosas cálcicas, en cardiopatías no muy antiguas de los niños, sin duda debido á que en éstos la tensión arterial es menor.

Las aguas bicarbonatadas, y particularmente las cloruradosódicas, como las de Nauheim, que contienen una porción considerable de ácido carbónico libre, han sido preconizadas por muchos en estos últimos tiempos para combatir sistemáticamente las endocarditis crónicas.

Parece ser que con el uso de estas aguas y con el de otros baños artificiales similares, el pulso se hace más lento, amplio, lleno y rítmico; la dilatación del corazón disminuye; las palpitaciones se calman y los movimientos respiratorios se regularizan.

Fácilmente se comprende que, á beneficio de estos tratamientos, se obtendrán más ventajas en los niños que en enfermos de otras edades.

Aun cuando sea cierto que, en general, los climas de altitud son perjudiciales á los cardíacos, no lo serán siempre, y conviene saber que á determinados niños anémicos, con estrechez mitral y gran desglobulización, puede serles conveniente la estancia en estos climas, con tal de que su altitud no sea muy exagerada, sin grandes pendientes y con mesetas resguardadas de los vientos.

Durante el curso agudo de las enfermedades del corazón y de las serosas que le envuelven, la terapéutica higiénica, la farmacológica y aun la quirúrgica, según las reglas generales de todos conocidas, proporcionarán recursos que, prudentemente manejados por los que también conozcan los preceptos de la Pediatría, podrán llegar á merecer el calificativo de salvadores.

Interminable sería el estudio que podría hacer para probar hasta la saciedad que el corazón enfermo del niño responde con más seguridad que el del hombre adulto y del viejo á los recursos terapéuticos sabiamente dirigidos; pero basta en mi opinión con lo dicho para comprenderlo así. Esta es, pues, la síntesis que sustento con convicción firmísima.

Terminado ya el bosquejo que á grandes rasgos he tenido la pretensión de hacer, inspirándome en el sereno estudio del corazón del niño, y habiendo procurado, ya que no conseguido, transcribir sus caracteres fisiológicos y patológicos más salientes, voy á concluir, señores, dándoos las gracias más expresivas y cordiales por la atención que me habéis dispensado, y repitiendo que el niño sano de cuerpo, y de espíritu sano, tiene en su favor, para hacer más fáciles su nutrición y su existencia, un corazón sensible y privilegiado en el que no anidan bajas pasiones capaces de torturarlo; enérgico, por el adelantado y progresivo desarrollo de sus fibras musculares; con menos resistencias periféricas de las que tendrá muy luego que vencer durante la pubertad y la vejez; engendrador de fuerzas utilizables, tanto en estado de salud como de enfermedad, y dotado, en fin, de una resistencia orgánicovital que es, en suma, la característica de aquella edad dichosa, cuyo feliz recuerdo nos acompaña siempre en el árido y penoso camino de la vida.

PERIÓDICOS

Dos casos de amblíopía urémica.—El los *Archivos de Oftalmología Hispanoamericanos*, publica el Dr. Pons y Marqués (Mahón), las observaciones siguientes:

« Miguel C., de veintinueve años de edad, casado, de oficio marino. Refiere que desde algunos años siente frecuentes é imperiosos deseos de orinar, expulsando en cada micción una cantidad de orina muy superior á la normal, tiene calambres en las extremidades inferiores, sensación característica de dedo muerto, ligeros edemas palpebrales y cefalalgias que no pocas veces le han impedido dedicarse al trabajo. Esos trastornos se han

agravado desde hace algunos meses, hasta el extremo de obligarle á abandonar por completo sus ocupaciones, habiendo notado, además, un ligero obscurecimiento de la vista. Por último, dice que cinco días antes de la fecha, sin causa para él apreciable, se quedó ciego al caer de la tarde y que si bien con la luz del día se modificó algo en sentido favorable, aunque muy poco, su ceguera, como quiera que en cuanto obscurece se hace ésta de nuevo más intensa, se ha visto precisado á reclamar por vez primera los auxilios de la Medicina. No tiene antecedentes alcohólicos, ni ha sido nunca fumador empedernido.

Se observa ligero edema de los párpados, córneas perfectamente transparentes, pupilas ligeramente dilatadas, reaccionando á la luz y á la acomodación, ninguna alteración del humor acuoso y T = + O. La refracción era normal y al examen oftalmoscópico, practicado previa dilatación pupilar con la escopolamina, se apreciaba la más completa transparencia del cristalino y del vítreo y un aspecto absolutamente normal del fondo del ojo.

Notable sensación de peso y tirantez en ambos ojos, visión notablemente disminuída, hasta el extremo de no poderse conducir por sí sólo V = dedos 0'50 mts. dif. cierto grado de hemeralopia, si bien en pleno día no llegaba con mucho la visión á ser normal, y reducción periférica del campo visual, sin escotoma central ni alteración alguna del sentido cromático. Todo esto acompañado de una marcada debilidad general y de cefalalgia.

La orina del enfermo contenía una enorme cantidad de albúmina, tan enorme que, una vez coagulada por el calor, se podía dar vuelta al tubo de ensayo sin que se derramara el contenido.

Tratábase de un individuo albuminúrico que hacía tiempo padecía calambres, poliuria, cefalalgia, sensación de dedo muerto y, en suma, todo el cortejo de trastornos que constituyen la característica del pequeño brightismo, no cabiendo pensar, á pesar de ello, en una retinitis albuminúrica, por la falta absoluta de las lesiones que son peculiares de esta afección.

En su consecuencia, se limita á someter al enfermo á la dieta láctea exclusiva, al uso de una pequeña dosis de yoduro potásico y al reposo más completo posible de la vista.

A los cinco días de tratamiento, había mejorado mucho la visión, iba ya sólo el enfermo por la calle y no se quejaba de que disminuyera su vista como antes al hacerse de noche ó entrar en una habitación poco alumbrada. La orina contenía mucha menos albúmina. Prescribió unas píldoras ferruginosas con tanino, y siguió tomando leche exclusivamente.

A los tres meses ha salido del Hospital con los mismos, aunque menos intensos, trastornos oculares y con tanta albuminuria como al principio, debido sin duda á transgresiones en el régimen alimenticio. Sometido de nuevo en absoluto á la dieta láctea, el día 15 del mismo mes era otra vez normal la agudeza visual y no aquejaba ninguna molestia por parte de la vista. En cambio, el estado general era poco satisfactorio y la albuminuria se mantenía elevada.

Otra observación. Se refiere á un individuo de cincuenta y seis años de edad. No ha padecido enfermedades agudas de importancia, pero refiere

que hace unos seis años sufre calambres en las extremidades inferiores, principalmente á la hora de acostarse, poliuria, sensanción de dedo muerto y criestesia característica.

Sin embargo, no ha dado nunca gran importancia á estos transtornos, por lo mismo que no le han impedido dedicarse á sus habituales ocupaciones. Carece de antecedentes de alcoholismo y fuma poco.

Respecto á la enfermedad actual, refiere que, sin nunca hubiese sufrido la menor alteración de la función visual, tres días antes de consultarnos, bruscamente y sin causa para él apreciable, notó un obscurecimiento de la vista, una especie de niebla que le hacía ver entre sombras todos los objetos. Este estado, que se agravaba al obscurecer hasta el extremo de no poder entonces guiarse por sí sólo, estaba interrumpido de vez en cuando por cortos intervalos de mejoría.

El examen del enfermo nos dió el siguiente resultado : $V = {}^1/_8$ $T = +O$. Ningún dolor, ni espontáneo ni á la presión. Córnea perfectamente transparente, iris normal, reaccionando á la luz y á la acomodación; normales asimismo el humor acuoso, el cristalino y el vítreo. Campo visual ligeramente reducido periféricamente, pero más en la parte infero-interna; sin escotoma central. Ninguna alteración en la percepción de los colores. Presbicie (+ 3 D). Al examen oftalmoscópico con la imágen invertida, no fué posible apreciar la menor lesión del fondo del ojo, que ofrecía un aspecto absolutamente normal. Un minucioso análisis de orina no acusó la presencia de albúmina ni de glucosa. En cuanto á trastornos de otra índole, no existían más que cierta pereza intelectual y una marcada melancolía.

Como por los antecedentes patológicos del individuo parecía evidente se trataba de un caso de nefritis crónica de lenta evolución, y como no existían lesiones anatómicas del fondo del ojo que explicaran las alteraciones de la función visual que presentaba, parecía lógico presumir pudiera tratarse de trastornos urémicos como los de la observación anterior, abonando en cierto modo esta presunción los ligeros fenómenos cerebrales de que se ha hecho mérito y el cambio de carácter experimentado por el enfermo.

Sin embargo, la falta de albuminuria (que á pesar de su inconstancia en las nefritis crónicas, constituye, cuando existe, un dato de gran valor para el diagnóstico) y el temor de que pudiera tratarse de simples fenómenos glaucomatosos incipientes, ya que si bien no existía excavación alguna de la papila, la visión periférica había disminuído precisamente más hacia el lado nasal y un poco hacia la parte inferior, me impidieron hacer de momento un diagnóstico preciso, induciéndome á esperar que análisis de orina sucesivos ó la presentación de síntomas de glaucoma más evidentes, vinieran á aclarar la duda, y rechazando desde luego la idea de que se tratara de una ambliopía alcohólica, nicotínica, refleja, histérica, etc., por la falta absoluta de datos en que fundar el diagnóstico. En cuanto al tratamiento, prescribió un colirio con eserina y pilocarpina, una poción yodurada y el mayor reposo posible de la vista. Después había experimentado el enfermo una notable mejoría, pero á los pocos días sufrió una nueva recaída, acentuándose los trastornos cerebrales y presentándose un nuevo síntoma no menos importante que los anteriores : la metamorfopsia. El enfermo se quejaba de que veía los objetos deformados cuando los fijaba á alguna

distancia, pareciéndole invariablemente más estrechos por su parte inferior. Un nuevo análisis de orina no acusó tampoco la presencia de albúmina, ni nada de particular el examen oftalmoscópico.

Siguió este estado de cosas hasta los cuatro meses, en cuya fecha comenzó á sentir el enfermo el dolor en la región lumbar, al mismo tiempo que disminuía la secreción renal de una manera considerable y se le hinchaban la cara y las extremidades.

Cuando le vió á los cuatro días y le explicó lo que antecede, presentaba el cuadro completo de una nefritis aguda, con disnea, dolor renal, edemas casi generales, cefalalgia no muy intensa y bastante abatimiento de fuerzas. La temperatura era de 38°, y por el calor y el ácido nítrico acusaba la orina una cantidad de albúmina considerable.

La visión se había reducido á $^1/_{10}$ y continuaban la metamorfopsia, la hemeralopia y el estrechamiento del campo de visión, permaneciendo íntegra la percepción de los colores. El examen oftalmoscópico resultó una vez más completamente negativo.

Era indudable, por lo tanto, el diagnóstico de ambliopía urémica sobrevenida en un individuo afectado desde hacía seis años de brightismo sin otras manifestaciones que los trastornos mencionados, y que acababa de sufrir una agudización de su proceso que, por acompañarse de albuminuria, edemas, etc., permitía reconstituir la historia patológica y afirmar de una vez el diagnóstico.

Se limitó á aconsejar el repose en cama, a dieta láctea absoluta y una poción diurética, con cuyo tratamiento sobrevino una diuresis abundante y desaparecieron rápidamente los edemas, persistiendo, sin embargo, un estado especial de amodorramiento, semicomatoso, que fué vencido gracias á una aplicación de sanguijuelas. A todo esto la agudeza visual fué mejorando, como asimismo los demás trastornos oculares, pudiendo levantarse el enfermo de la cama á los veinte días.

Actualmente no aqueja al enfermo ninguno de sus trastornos oculares; el examen perimétrico no acusa ya reducción alguna del campo visual y exactamente es la $V = ^1/_2$. Sin embargo, el proceso renal sigue su curso lentamente, constituyendo una amenaza constante para la vida del enfermo».

Cálculos prepuciales.—En la *Gaceta Médica*, de Granada, publica D. Antonio Fernández Palacios el siguiente caso clínico:

«Santos Cid García, de sesenta y tres años, de oficio albañil, hacía algún tiempo tenía dificultad al orinar, expresando, como síntoma que le había llamado la atención, que algunas veces se suspendía la salida de la orina, y tenía que practicar con la mano frotaciones sobre el prepucio y glande para terminar el acto.

Presentaba fimosis, el cual dijo no ser congénito, sino adquirido en la niñez, según le había contado su padre; la piel estaba edematosa y hacía muchos años venía arrojando arenillas, sin preocuparse de ello.

Hacía año y medio que llevaba sintiendo molestias en el acto de la micción, pero creyendo era irritación, había tomado refrescos, sin sentir alivio, y cada día eran mayores las incomodidades.

Al reconocerle, advierte desde el primer momento la sensación de cuerpos extraños duros entre el prepucio y el glande, los cuales á la presión se deslizaban ligeramente unos sobre otros.

Con un estilete, que introdujo por la abertura del prepucio, confirmó que existían los cuerpos extraños de consistencia pétrea; y dada la existencia del fimosis, creyó no podían ser sino cálculos urinarios. Después de aconsejarle baños locales emolientes y limpieza, le indicó la conveniencia de operarle y ver lo que allí había.

Practicó sin previa anestesia la circuncisión, durante la cual observó que la mucosa principal estaba muy dura y engrosada. No fué pequeña su sorpresa al encontrarse con cuatro cálculos urinarios, uno de ellos de 6 gramos de peso, de figura plana y cuadrilátera, liso por un lado y áspero por el otro su superficie; el segundo de 4 gramos de peso y de la misma forma; un tercero de 3 gramos, muy irregular; y el cuarto, redondeado, de 3 gramos. Fueron extraídos con facilidad, y lavando bien toda la superficie y repliegue, le colocó el apósito conveniente.

Con la tumefacción consiguiente, y un edema duro, que fué desapareciendo poco á poco, se inició la cicatrización, y á los dieciséis días quedó completamente curado y libre de toda molestia, y así continúa.

.....

«Me mueve á publicar así, dice el Dr. Fernández Palacios, tan sencillamente este caso, que en su diagnóstico y tratamiento nada presenta de particular ni notable lo raro del padecimiento, y el haber leído en la notable Revista de Medicina y Cirugía prácticas, de Madrid, que en la sesión celebrada por la Académia de Medicina de París el 10 de enero último, el Dr. Kermorgant presentó una observación de este género, remitida por el Dr. Vassal. Se trata en ella de un individuo que llevaba tres días sin orinar, porque un cálculo situado debajo del prepucio, después de haber dificultado por algún tiempo la micción, se hizo inmóvil, aplicándose contra el meato urinario y obturando el canal. Este cálculo salió inmediatamente después de haberse practicado la circuncisión: era esférico, pesaba 4 gramos y tenía 18 milímetros de diámetro.

Con motivo de esta lectura, que me ha recordado el caso que al principio relato, he repasado algunas obras de cirugía, entre ellas el *Erichsen*, y la colección completa de la citada Revista desde el año 1877, y no he encontrado, ni en sus trabajos originales, ni en las detalladas revistas españolas y extranjeras que hace de las Academias, que se dé noticia de un solo caso de cálculo prepucial, más que el dirigido á la Academia de París, ya citado». — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 9 de Enero de 1906 (1).

Condiciones legales del empleo médico de los rayos Rœntgen. — El Dr. CHAUFFARD: En la sesión del día 23 de mayo del año pasado, el Dr. Debove llamaba la atención de la Academia acerca de los peligros de todo género que podría tener la aplicación de los rayos Rœntgen al hombre por personas no autorizadas legalmente para ejercer la Medicina. La proposición de reglamentación debida al Dr. Debove es de actualidad; su oportunidad, su misma necesidad son cada día más imperiosas; las aplicaciones médicas de la radiología no cesan de extenderse; pero también los peligros que puede suscitar su empleo intempestivo ó empírico, se nos presentan cada vez más numerosos y temibles. En diez años la radiología ha sufrido una evolución tal que, de la observancia simple de un hecho físico, hemos llegado hoy á una terapéutica científica nacida de la aplicación sucesiva de este hecho al diagnóstico, á la terapéutica empírica y á la patología experimental. Al propio tiempo hemos aprendido á conocer los accidentes, con frecuencia graves, á los que puede exponer el empleo de los rayos Rœntgen, accidentes que han sido el punto de partida de la radioterapia, que no se ha ocupado más en sus principios que de las lesiones superficiales. El método experimental, recientemente, nos ha revelado la acción en profundidad de dichos rayos, haciéndonos conocer las modificaciones sanguíneas tan importantes y las lesiones de las glándulas genitales que son susceptibles de provocar. Actualmente la radioterapia no se contenta con atacar las lesiones superficiales, sino que, evolucionando á flor de piel, trata de hacerse más penetrante y ejercer las acciones celulares en la misma profundidad de los tejidos. La radiología, ciencia nueva, creada por la colaboración fecunda del físico, del médico y de la experimentación, se nos presenta, pues, como un arma cada día más poderosa y más temible en sus efectos. Luego parece que sólo el médico debiera tener el privilegio de manejarle, y, sin embargo, nada de esto ocurre.

La radiología y la misma radioterapia están amplia y abiertamente practicadas en condiciones contrarias á las leyes que rigen el ejercicio de la medicina, manejadas por hombres que con frecuencia están mal preparados para este objeto, cuando no son los más groseros empíricos. Y hemos de llegar á la consecuencia de que cada nuevo progreso obtenido en la técnica multiplica y acrecenta los peligros de ese tal estado de cosas. Por esto el médico resulta el único apto para obtener de la radiología todos los servicios que puede prestar, tanto al diagnóstico como á la terapéutica. En

(1) La sesión del día 2 se dedicó á la lectura de la Memoria resumen de los trabajos del curso precedente.

cuanto al diagnóstico sólo él es capaz de leer y de interpretar la imagen radiográfica, y, sobre todo, la radioscópica; nadie mejor que él sabrá escoger el procedimiento mejor, más seguro y más económico para un determinado caso.

En fin, nadie debe olvidar que la radiografía es un documento figurado que lleva en sí una especie de rasgos directamente obtenidos del individuo radiografiado, cuyo empleo puede afectar de lleno al secreto médico más necesario y más riguroso. Si pasamos ahora á las aplicaciones de la radioterapia, entraremos todavía más en el dominio de la medicina pura y de la práctica, muy á menudo de las más difíciles. La apreciación de las indicaciones y el tratamiento á aplicar en cada caso particular, son de la incumbencia exclusiva del médico. Luego el empleo médico de la radiología debería reservarse exclusivamente para los médicos, y actualmente es una *industria libre*, es decir, abierta á quien lo desee, sin garantías ni de moralidad ni de aptitud profesional, y, por lo tanto, se puede prestar á todos los abusos y á todos los peligros.

En esto hay una situación irregular, ambigua, cuya prolongación no puede ser más que sensible y peligrosa, y además contraria al espíritu y á la letra de la ley sobre el ejercicio de la medicina. Para acabar con dicha situación, la Comisión, á la que fué enviada la proposición del Dr. Debove, propone á la Academia que se acepten las conclusiones siguientes: Considerando que el empleo médico de los rayos Rœntgen puede determinar accidentes graves, que ciertas prácticas pueden crear un peligro social y que sólo los doctores en medicina, inspectores de sanidad ó dentistas con título (en lo que se refiere á la práctica odontológica) son capaces de interpretar los resultados obtenidos desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento de las enfermedades, la Academia es de la opinión de que la aplicación médica de los rayos Rœntgen por personas desprovistas de los diplomas indicados, constituye un acto de ejercicio ilegal de la medicina.

La reciente epidemia de cólera en Alemania.—Los Dres. Chantemesse y Borel: El cólera que acaba de atravesar una parte de Alemania, de la frontera rusa á Berlín, es la consecuencia lógica de la epidemia que ha reinado en la India en 1900 y en la Meca en 1902. Desde hace mucho tiempo dicha nación había estudiado la invasión posible de su territorio por el cólera y poseía una ley de higiene interior análoga á nuestra ley de febrero de 1902, pero contra una plaga procedente del extranjero, contra una enfermedad excepcional había preparado desde 1900 una ley de excepción, aplicable al cólera, peste, fiebre amarilla, tifus, lepra y viruela. Esta ley impone la declaración rigurosa de los casos, la necesidad de una demostración precisa con la autopsia de los casos sospechosos si es necesario, y para no perder ni un instante ante la inminencia de una epidemia, reviste al médico del distrito de una especie de dictadura sanitaria momentánea; prescribe la vigilancia de los enfermos y de los sospechosos llevada hasta la posibilidad del aislamiento completo, no solamente de los enfermos, sino de los simplemente sospechosos; faculta para que el domicilio del enfermo pueda ser provisto de un rótulo bien visible para que pueda llamar la atención pública, y si el enfermo no puede ser eficazmente aislado en su casa, la ley exige que él y los que lo cuidan sean transportados y aislados en conjunto.

Esta rigurosa ley de 1900 aún fué reforzada por la de febrero de 1904, que viene á representar como un comentario muy detallado. Desde entonces se lanzaron todas estas medidas legislativas alemanas contra el cólera, medidas cuya eficacia exige la violación de todas las reglas de la libertad individual, tal como la concebimos entre nosotros. He aquí lo que ella impone: aislamiento riguroso de todo enfermo; observación de cinco días y aislamiento posible de todo sospechoso; aislamiento de todo individuo con bacilos en las deposiciones en apariencia sano, pero considerado como un enfermo. Tales prescripciones no fueron letra muerta y representan las medidas adoptadas contra la *diseminación* del cólera. Contra su *propagación* se redactó un reglamento muy riguroso, cuyo objeto era el de la vigilancia sanitaria de la navegación interior y de todo transporte acuático; los barqueros recibieron una instrucción redactada con la fuerza y la precisión de los mandamientos religiosos. Además, se organizó á lo largo de los ríos y de los canales por donde se había extendido la epidemia un servicio especial de vigilancia médica; también fueron sometidos á una severa vigilancia é inspección los millones de emigrantes que de distintas naciones van á Alemania para embarcar en Hamburgo ó en Brème con destino á los Estados Unidos. Esa táctica juiciosa obtuvo su resultado en agosto de 1905. Un emigrante de Rusia vino de una población infestada de cólera cuando este hecho aún se ignoraba; cogido por el engranaje del Reglamento, á su llegada á Hamburgo, fué colocado en la categoría de los infectados por tener bacilos sus deposiciones, y después sometido al aislamiento y á la vigilancia médica; se puso enfermo y fué llevado al Hospital, donde se diagnosticó en seguida de cólera. Pero ¡qué importa! este hombre había sido aislado y vigilado desde su paso por la frontera, y de esta suerte, cuando menos por lo que se refiere á los emigrantes, el peligro de una epidemia de cólera *transportado* á Hamburgo había sido conjurado.

De esta investigación se desprenden algunas reflexiones referentes á la lucha que podría imponernos la invasión del cólera en Francia. Sin duda podríamos organizar, como en Alemania, la defensa sanitaria de los ríos y de los canales, y la Prefectura de policía se ha ocupado ya de esta defensa en lo que toca á París. Podríamos instalar en las estaciones de la frontera un servicio de inspección sanitaria para detener y aislar los enfermos, los sospechosos, proscribir la entrada de ropa sucia, dar pasaportes sanitarios, asegurar la desinfección de los retretes de las estaciones y de los trenes, y vigilar la salud de los viajeros durante el recorrido.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Diciembre de 1905.

Tumor de la región submaxilar.—El Dr. *Arrou* refirió el caso de una mujer de cuarenta años que tenía en la región submaxilar derecha un tumor del tamaño del puño de un adulto. No se trataba de un producto inflamatorio ni de un absceso. La marcha lenta del tumor, su consistencia casi leñosa, hacían pensar en una neoplasia maligna. Desechada la idea de cáncer se-

cundario de los ganglios, se admitió que el tumor estaba desarrollado á expensar de la glándula submaxilar. Se extirpó sin gran trabajo el tumor, incluso la mitad correspondiente del músculo milohioideo adherido á él. El análisis histológico demostró se trataba de un epitelioma con invasión mucosa secundaria. La neoplasia volvió á reproducirse y ocasionó la muerte á los cuatro meses.

Sobre ciertas particularidades de las vías biliares.—El Dr. P. Delbet: Voy á ocuparme de la manera que tienen de unirse los conductos cístico y hepático.

En realidad el conducto cístico no termina en el punto en que se une con el hepático. Los dos conductos se adhieren uno á otro de una manera tan íntima que, vistos por el exterior, parece que forman uno solo, pero quedan independientes y caminan adheridos en la misma vaina sin comunicación con un trayecto variable. Esta parte común no mide en ciertos casos más que 5 ó 6 milímetros, pero he visto uno de 32.

La consecuencia de esta disposición es que el conducto colédoco no suele principiar hasta detrás del duodeno. En realidad no hay porción supraduodenal ó es cortísima.

El colédoco atraviesa oblícuamente el páncreas para desembocar en el duodeno. En ciertos casos el páncreas sube por detrás del duodeno de modo que el colédoco es retropancreático. Se halla, no sólo detrás del duodeno, sino también del páncreas. Finalmente, cuando la porción común de los conductos hepático y cístico es larga, el colédoco nace en el espesor del páncreas. Insisto sobre estos detalles anatómicos porque tienen consecuencias interesantes.

Para hacer la exposición más clara llamaré á la porción en que los conductos hepático y cístico están íntimamente unidos, pero sin comunicar, conducto doble hepatocístico. Tendremos, por lo tanto, yendo de arriba á abajo el conducto hepático de una parte y el cístico de otra, después el conducto doble hepatocístico y, por último, el colédoco, más corto de lo que se cree.

Veamos las consecuencias.

Si se atasca un cálculo en la porción cística del conducto doble hepatocístico, si tiene cierto volumen comprime forzosamente la porción hepática y produce accidentes de retención biliar igual que si estuviera en el colédoco. Si se interviene, se cree que se extrae un cálculo del colédoco, lo cual no es exacto.

Véase otra consecuencia.

Todo el mundo conoce el signo al que se da los nombres de Courvoisier-Terrier, y que permite distinguir clínicamente, en ciertos casos, las obs-ıcciones calculosas de las neoplásicas. Puede formularse así. En las ıtrucciones por cálculo la vesícula está de ordinario retraída; en las ıtrucciones por neoplasias se halla por lo general dilatada. Se atribuye retracción de la vesícula en las obstrucciones de origen calculoso á la lamación. No pretendo negar su influencia, pero no puede menos de nprenderse que si se la atribuye el papel único ó principal, es difícil excar los hechos en los que hay obstrucción calculosa y la vesícula está stendida.

ministrado por la noche suprimió los accesos, cuando la misma dosis administrada durante el día no había producido más que un efecto insuficiente; dos casos de epilepsia con crisis nocturnas y desaparición de estas crisis por el tratamiento bromurado nocturno; y dos casos de reumatismo articular agudo, cuya curación ha sido considerablemente influída por la administración medicamentosa á la vez diurna y nocturna. También he empleado sistemáticamente este método en algunos casos de neuralgia, bronquitis, etc., con excelentes resultados.

Por la noche hay, en suma, aumento notable de la actividad del medicamento por la absorción más rápida debida al estado de vaciedad gástrica, cuando menos relativa y á la par una eliminación lenta que he comprobado experimentalmente, y que permite, en consecuencia, la impregnación más duradera del organismo por el medicamento. Sabido es también por la experimentación, que en ayunas la toxicidad y correlativamente la actividad medicamentosa están aumentadas. En la práctica convendría administrar el medicamento por dosis fraccionadas en dos veces, por ejemplo, una dosis al acostarse y otra en medio de la noche.

Cacodilato de guayacol en inyecciones subcutáneas. — El Dr. Burlureaux: Este medicamento ha sido introducido en la terapéutica por Barbary, de Niza, y lo hizo presentar á la Academia de Medicina el 16 de enero de 1900 por el Dr. Bucquoy. La cantidad de guayacol que contiene este cacodilato es la del 50 por 100. El Dr. Barbary le ha empleado, sobre todo, en inyecciones oleosas; nosotros sólo lo empleamos en inyecciones acuosas, que se dan con gran rapidez y sin el menor peligro; cuando nos encontramos en las condiciones requeridas para hacer inyecciones *oleosas*, preferimos las de creosota, á las cuales continuamos fieles. En los tuberculosos, pues, no empleamos el cacodilato de guayacol más que en los casos en que no podemos recurrir á las inyecciones oleosas de creosota, y estos casos son relativamente numerosos.

En los tuberculosos febricitantes el cacodilato de guayacol es más fácil de manejar que la creosota. Con una inyección de 5 centígramos en un centímetro cúbico se obtiene una disminución de la fiebre sin provocar la hipotermia local y peligrosa que da la creosota imprudentemente manejada, y en los tuberculosos no febricitantes el cacodilato de guayacol disminuye la expectoración, aumenta el apetito y tiene, en parte, los efectos dinamogénicos de la creosota. Un hecho que los mismos enfermos nos han señalado, es el excelente sueño de la noche que sigue á la inyección; pero principalmente en los enfermos gripales es en los que dicha inyección produce efectos verdaderamente admirables. Una ó dos inyecciones de 5 centígramos hace desaparecer la fiebre con una rapidez sorprendente; y cuando la gripe evoluciona sin fiebre, todos los enfermos indican sentir efectos muy favorables; en tres ó cuatro horas desaparecen los dolores, el malestar físico y mental y la expectoración disminuyen de un día á otro. En fin, durante la convalecencia de la gripe, que algunas veces dura indefinidamente, una ó dos inyecciones producen también un efecto de los más inesperados.

Es muy probable que el cacodilato de guayacol introducido en el músculo ó debajo de la piel se descomponga inmediatamente, puesto que la mayoría de los enfermos, cinco minutos después de la inyección, notan en la boca

un gusto aliáceo característico de los productos cacodílicos, y su piel exhala un olor particular que no recuerda el del guayacol. El sabor aliáceo es muy desagradable para los enfermos que toman el medicamento por la boca; por esto proscribimos en absoluto esta vía y lo administramos por la vía hipodérmica, ó mejor intramuscular. En los tuberculosos lo hemos administrado durante semanas y meses á razón de una inyección cada dos ó tres días, sin haber tenido nunca ningún accidente; pero en los enfermos de gripe una sola inyección es suficiente con frecuencia en cualquier período de la enfermedad ó durante la convalecencia.

(*La Presse Méd.*, núm. 4, 1906).—CODINA CASTELLVÍ.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 12 de Diciembre de 1905.

Anatomía microscópica de la tuberculosis renal.— El Dr. *P. Rosenstein* presenta, por medio de proyecciones epidiascópicas, una gran serie de figuras que ha tomado de preparaciones de riñones tuberculosos extirpados por J. Israel. Hay que distinguir tres formas de tuberculosis renal: la ulcerocavernosa, le ulceración tuberculosa de los vértices de las papilas y la forma nodular crónica. Como es natural, estas tres formas sólo se pueden distinguir entre sí en su período inicial. Para conocer la segunda forma en el acto de la operación, no siempre basta con poner al descubierto el riñón; hay casos en que es necesario abrir ampliamente la pelvis renal.

Termina el autor manifestando su esperanza de que con el tiempo llegue á perfeccionarse de tal modo el diagnóstico funcional, que pueda conocerse la tuberculosis crónica del riñón en una época tan temprana que no sea necesaria la extirpación total del órgano para conseguir la curación definitiva del enfermo, bastando con la resección parcial.

El Dr. *Orth* dice que el anatomopatólogo encuentra bastante á menudo la tuberculosis renal en períodos tan tempranos, que en general aún no habían podido dar origen á ningún fenómeno clínico. Se muestra de acuerdo con la clasificación de Israel, y añade que el primer comienzo de la tuberculosis se encuentra en la médula ó en el cáliz del riñón, en el punto en que la mucosa se invierte para cubrir los vértices de las papilas. La aparición temprana de focos en el cono medular se explica por el hecho de que los bacilos tuberculosos invaden los conductillos rectos; dichos bacilos deben pasar de la sangre á los glomérulos en los casos de tuberculosis miliar aguda.

En el desarrollo de la tuberculosis renal tiene gran importancia la tuberculosis de las paredes arteriales. Obstruído el calibre de la arteria, á consecuencia de la lesión tuberculosa se desarrolla un infarto que después se hace tuberculoso, ó bien puede suceder que desde dicho infarto pase la tuberculosis á todo el territorio de distribución de las arterias enfermas. También se han encontrado bacilos tuberculosos en el calibre de los conductillos uriníferos sin que el riñón estuviera interesado por el proceso,

por más que el enfermo estuviese seguramente muy expuesto á tal contingencia.

Morfología de los tumores renales.—El Dr. *H. Neuhäuser* da cuenta de 102 casos de tumores renales extirpados por J. Israel, entre los cuales se encontraban 68 hipernefromas, y presenta una gran serie de figuras que dan á conocer la estructura macroscópica y microscópica de estos tumores. Atribuye su patogenia á trozos germinales desprendidos de los riñones accesorios, é insiste en la importancia que hay que conceder á la teoría de Cohnheim para explicar el desarrollo de éstos y también de otros neoplasmas.

Influencia de las aguas minerales en la función secretoria del estómago. — El Dr. *Bickel* refiere que en varios perros en los que había establecido una fístula gástrica por el método de Pawlow, y en una muchacha de veintitrés años que tenía una estrechez esofágica de origen cáustico, que se alimentaba por una fístula gástrica y á la que posteriormente le practicó Gluck con éxito la esofagotomía en el cuello, hizo varios experimentos, introduciendo alimentos en la boca que podían ser sacados de nuevo por el cuello (cebamiento aparente), cuando la enferma no los hacía pasar, por medio de un tubo desde la fístula esofágica á la estomacal. En los animales también ejecutó la misma operación. De esta manera cree el autor haber evitado en sus experimentos ciertas causas de error, por más que confiesa él mismo que no ha podido excluirlas todas.

En sus experimentos ha usado representantes de todos los grupos de aquellas aguas minerales que se emplean en el tratamiento de las afecciones gástricas, y aunque es evidente que los resultados de tales experimentos no se pueden aplicar sin más ni más á los procesos que se realizan en los órganos digestivos normales, suministran un punto de apoyo para su investigación exacta.—(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Influencia de las disoluciones salinas en la neumonía. — Las sales normales del plasma de la sangre tienen una gran influencia como agentes autoprotectores contra los procesos infecciosos. Por esta razón el Dr. J. M. Taylor, siguiendo el consejo del Dr. Sajous, recomienda el empleo de las disoluciones salinas desde el principio de las enfermedades infecciosas, á fin de asegurar la acción de los anticuerpos de la sangre. Las disoluciones salinas empleadas desde el principio del padecimiento conservan la fluidez normal del líquido sanguíneo, hacen posible la osmosis y permiten desarrollarse el proceso inmunizador. Recomienda, por lo tanto, desde el principio de la neumonía y de otras fiebres infecciosas el uso interno de las disoluciones salinas, que deben contener cloruro de sodio y los demás componentes salinos de la sangre. Estas disoluciones, empleadas en inyección hipodérmica ó en enemas, son eficacísimas, según demuestran hechos numero-

sos referidos por distintos observadores. Las bebidas salinas son también de gran utilidad en estos casos, según han demostrado los Dres. Todd y Taylor.—(*The New York Med. Journal*, 30 diciembre 1905).—F. Toledo.

Fiebre apirética.—Con motivo de una obra que acaba de publicar el doctor Ughetti acerca del diagnóstico de la fiebre, estudia el Dr. Masciangioli los estados patológicos que se han designado con la denominación de «fiebre apirética».

Conocida es la dificultad, por no decir imposibilidad, de dar una definición acertada del concepto de la fiebre. La elevación de temperatura es un hecho accesorio en dicha definición y no le pertenece necesariamente. El mayor peligro en los febricitantes no es, como se creía en otro tiempo, la hipertermia; en muchos casos lo constituye la hipotermia, que puede ser indicio de próxima muerte, revelando en algunos casos que el organismo es incapaz para reaccionar con una elevación térmica.

El autor censura que se consideren como equivalentes á la expresión «fiebre apirética» las de pulmonía ó fiebre tifoidea sin elevación de temperatura.—(*Gaz. degli Ospedali e delle Clin.*).— R. del Valle.

Hemorragia post partum. — En una de las últimas sesiones de la Sociedad de Obstetricia de Filadelfia leyó el Dr. J. R. Randenbush un trabajo acerca de este asunto. Las causas de esta hemorragia son la relajación uterina, el desgarro extenso de las vías genitales y la falta de coagulabilidad normal de la sangre. Para contener la hemorragia y contrarrestar sus efectos, es preciso: 1.°, despertar las contracciones uterinas; 2.°, estimular las diversas funciones orgánicas; 3.°, suministrar líquido al corazón y al cerebro. Entre los medicamentos administrados por la boca ó en inyección subcutánea figura el cornezuelo, que debe emplearse cuando el útero está vacío, á fin de prevenir la hemorragia y la acumulación de coágulos. La estricnina es utilísima en los casos de extenuación y de inercia uterina. Se administra en inyección hipodérmica á la dosis de medio milígramo, combinada con el cornezuelo ó la digital, ó con morfina cuando hay anemia cerebral. Obra sobre el útero por el intermedio del sistema nervioso. La adrenalina es útil cuando la hemorragia no es de gran intensidad. La nitroglicerina sólo debe emplearse en los casos de síncope y colapso. La cafeína es un buen estimulante cardíaco y cerebral cuando hay síncope. El alcohol puede ser perjudicial. Cree que el alcanfor y la quinina son perjudiciales, y en los casos en que hay temor de paresia cardíaca emplea el éter en inyección hipodérmica ó el carbonato amónico en enema. La disolución salina normal la administra en inyección subcutánea, en enemas ó en inyección intravenosa. Cree que el amasamiento y la compresión del útero son los mejores medios profilácticos y curativos contra la hemorragia post partum. Aconseja mantener aplicada la mano sobre el útero durante media hora después del alumbramiento, mientras la hemorragia es posible. Recomienda el amasamiento uterino, después las inyecciones hipodérmicas medicinales, y si éstas no son eficaces las intrauterinas calientes. La compresión de la aorta ha sido ineficaz en sus manos. Los piés de la enferma deben colocarse más altos que la cabeza, aplicándose sobre el abdomen una vejiga llena

de hielo. Un medio eficaz de contener la hemorragia es el vendaje de Fristch. Se aplica sobre el pubis el útero, y en el espacio que queda detrás de este órgano se colocan almohadillas que se sujetan con vendajes, los cuales pueden permanecer aplicados por espacio de doce ó veinticuatro horas. La inyección intravenosa es preferible á los vendajes aplicados sobre los miembros. La flagelación del abdomen es perjudicial en los casos de colapso, siendo preferible la aplicación del calor al tronco y á los miembros. Las inhalaciones de aire puro, de exígeno, de alcanfor y de amoníaco están indicadas en el caso de síncope ó colapso inminente.

Al discutirse este trabajo indicó el Dr. R. C. Norris que muchas personas emplean de mala manera el método de Credé, porque expulsan la placenta por expresión demasiado pronto, es decir, antes de que hayan podido formarse coágulos de la consistencia necesaria en los senos uterinos. Si no hay hemorragia acostumbra á no recurrir al método de Credé hasta quince minutos después del parto. La manipulación prematura predispone á la hemorragia. Acostumbra á administrar una dosis de cornezuelo en cuanto nace la criatura. La objeción de que se favorece así la contracción del útero en forma de reloj de arena, es infundada. Las fibras musculares del segmento inferior de la matriz están distendidas en exceso y quizá paralizadas por espacio de varias horas. Cree que conviene favorecer la contracción enérgica del útero durante los dos ó tres días primeros como medida preventiva contra la absorción de los productos tóxicos que pueden penetrar en el torrente circulatorio por los vasos sanguíneos ó linfáticos. La compresión del útero con la mano ó el vendaje de Fristch es utilísima en los casos de hemorragia grave, como lo es también el taponamiento intrauterino. La gasa no debe ser yodoformada ni permanecer en la cavidad del útero más de veinticuatro horas. No se ha demostrado que la adrenalina sea más eficaz que el cornezuelo contra la hemorragia post partum; pero aunque no ejerce, como éste, una acción tan enérgica sobre los músculos del útero, es de gran utilidad empapar en la disolución de adrenalina un tapón é introducirle en el útero, haciendo á la vez una inyección intravenosa de la disolución salina normal.

(*The New York Med. Journal*, 23 diciembre 1905.)—F. Toledo.

Mesotano y vaselina. — En vez de la mezcla de mesotano y aceite de olivas á partes iguales, ha empleado el Dr. J. Ruhemann una mezcla de cinco partes de mesotano y 15 á 20 de vaselina. Los resultados han sido satisfactorios y no se ha observado nada de irritación cutánea.

El autor aconseja también dicha fórmula para la erisipela facial, aplicando el medicamento cada tres horas, y cree que la falta de acción irritante de la vaselina mesotánica hay que atribuirla á que el mesotano se disuelve en la vaselina de una manera diferente á como lo hace en el aceite. — (*Deutsche Med. Wochenschrift*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRATAMIENTO DE LA ESTOMATITIS ULCEROMEMBRANOSA

POR EL

DR. D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar

Designada con denominaciones tan diversas y de significación tan diferente como estomatitis pultácea, gangrenosa, necrohiménica, ulcerosa, ulceromembranosa, diftérica ó difteroide, escorbuto de la boca, gangrena escorbútica de las encías, erosión gangrenosa de las mejillas, estomacace y fegaritis, la enfermedad que nos ocupa fué conocida y estudiada desde los tiempos más remotos de la Medicina, pues ya se encuentran descripciones de dicho estado morboso en las obras de Hipócrates. Más tarde, las nociones establecidas por el médico de Cos sobre el padecimiento que ahora estudiamos debieron perderse ú olvidarse lastimosamente, pues Van Swieten confundía la indicada estomatitis con el escorbuto, el noma y la difteria.

Para encontrar descripciones clínicas exactas y completas de la estomatitis ulceromembranosa es necesario llegar á 1793 y 1794, fecha en que Desgenettes y Larrey dieron cuenta de sus observaciones á propósito de algunas epidemias desarrolladas en el ejército de Italia. A principios del siglo XIX, es decir, el 1828, Bretonneau observó en Tours una epidemia muy rebelde desarrollada entre los combatientes de la Vendee, comprobando el carácter contagioso de la enfermedad y la forma en que se propagaba por contacto directo ó indirecto; pero incurrió en el gravísimo error de considerarla como una variedad de infección diftérica, equivocación mantenida un año más tarde por Güersant y Blache, pero que afortunadamente substió durante poco tiempo, pues á final del mismo año Caffard conguió establecer la debida separación etiológica entre las estomati-

tis ulceromembranosa y diftérica con motivo de una epidemia asistida por dicho profesor en Carcassonne.

Las observaciones de este último Profesor sobre el origen del padecimiento que estudiamos, fueron confirmadas por Taupin en 1839, aduciendo gran número de nuevos argumentos sobre su completa independencia de la difteria; pero consideramos justo hacer constar que, si bien este distinguido colega acabó de establecer las grandes diferencias que existían entre ambos procesos morbosos, incurrió en el imperdonable error de considerar dicha estomatitis como una variedad de gangrena de la boca, asimilándola al noma, por cuanto á su naturaleza y origen se refiere.

Tan equivocado concepto persistió hasta 1851, fecha de la publicación de los estudios de Bergeron, basados en 368 observaciones, y que tuvieron el mérito de establecer de una manera perfecta y definitiva el carácter infeccioso y contagioso de la referida dolencia, así como su completa identidad con la estomatitis ulcerosa de los niños, descrita poco tiempo antes por Rilliet y Barthez. A juicio de Bergeron, dicha estomatitis debía ser considerada como una enfermedad general específica, no sólo contagiosa y epidémica, sino también transmisible por inoculación.

En 1877, Catelon y Mayet trataron de refutar estos conceptos, asegurando que el proceso morboso antes indicado no era infeccioso ni contagioso; que su pretendido carácter epidémico dependía de la constante aglomeración de muchos enfermos en un mismo edificio (asilo, cuartel, hospital, etc.), y que el origen de la pretendida infección consistía tan sólo en un proceso irritativo de la boca, en una neuritis con desórdenes tróficos, desarrollada en los niños á consecuencia del trabajo de la segunda dentición, y en los adultos, como resultado del estímulo local producido por la aparición de la muela del juicio.

A pesar del fracaso de las inoculaciones experimentales intentadas por Bergeron repetidas veces, este distinguido Profesor consiguió combatir victoriosamente los argumentos presentados por sus contrarios, y aunque todavía desconocemos el agente específico de la enfermedad, si es que de una bacteria especial se trata, hace ya muchos años que nadie pone en duda la naturaleza infecciosa del referido estado patológico, así como su forma ordinaria de propagación por contacto directo é indirecto. Fruhwald encontró en la capa pultácea que cubre las ulceraciones de las encías un bacilo particular cuyos cultivos exhalan el mismo olor á substancia orgá-

nica en putrefacción que desprende el aliento de los individuos atacados de estomatitis; pero las inoculaciones experimentales de dichos cultivos puros resultaron siempre infructuosas. Lo propio ocurrió con otro germen en forma de espirilo recogido por Netter.

En cuanto al número de microorganismos encontrados por este último Profesor, así como por Galippe y Pasteur, es verdaderamente extraordinario, abundando los espirilos, los bacilos y los coccus en parejas, racimos ó cadenas más ó menos largas.

A nuestro modo de pensar, es muy probable que, como sostuvo Galippe, la estomatitis ulceromembranosa no esté determinada por ninguna bacteria específica, sino que sea producida por los gérmenes saprofitos de la boca, hechos virulentos en virtud de condiciones especiales hasta ahora desconocidas y tal vez variables en cada epidemia, pero entre las que deben figurar, en primer término, los estados irritativos de la mucosa bucal y la suciedad de los dientes con depósito de sarro entre éstos y las encías. De este modo podríamos explicarnos perfectamente el desarrollo, al parecer espontáneo, de los primeros casos.

Recordando la gran semejanza que desde el punto de vista anatomopatológico ofrece la estomatitis ulceromembranosa con la angina pultácea ó estreptocócica; teniendo en cuenta el parecer de muchos autores modernos sobre el origen, también estreptocócico, de la gangrena verdadera de la boca; reflexionando sobre el gran número de enfermedades, algunas de cuadro sintomático muy diferente, que puede producir el estreptococo, y después de haber leído lo escrito por Roger al considerar la referida estomatitis como una gangrena superficial benigna de la expresada mucosa, nosotros pensamos si no se tratará de un nuevo proceso séptico y necrósico, determinado por el antedicho germen, cuya presencia, en estado saprofito, puede comprobarse constantemente en la saliva normal.

De cualquier modo, el padecimiento que estudiamos se propaga con extraordinaria rapidez entre los individuos predispuestos por intermedio de las cucharas, vasos, jarros, pipas, etc. Bergeron ha citado el caso de una niña de tres años que transmitió la enfermedad á todas las personas de su familia que la asistieron; es decir, á su abuela, á un tío y á su madre; una mujer del campo tuvo á sus seis hijos afectados de estomatitis ulceromembranosa, casi al mismo tiempo, y Moussu hace referencia de un soldado que adquirió la enfermedad por haber fumado en una pipa encontrada en el cuerpo de guardia, transmitiendo después la estomatitis á los cinco compañe-

ros alojados en la misma tienda de campaña y cuyos vasos eran comunes.

Nosotros hemos tenido ocasión de apreciar en varias ocasiones la gran facilidad con que dicho padecimiento se propaga entre los soldados de una misma compañía ó de un mismo destacamento, á consecuencia sin duda de beber todos ellos en unos mismos jarros, transmitiéndose con rapidez verdaderamente extraordinaria de unos á otros. En una epidemia observada por mí en el primer regimiento de Ingenieros, durante el año de 1892, fueron atacados 36 soldados en cinco ó seis días; recientemente he observado otra en el destacamento de Chafarinas, con más de 50 en unas dos semanas. Los que ingresaron en el hospital transmitieron la estomatitis á muchos enfermos de los asistidos en las clínicas, viéndome obligado para evitar su propagación dentro de aquéllas, á colocar todos los afectados de estomatitis en una misma sala, destinándoles vasos, platos, cucharas y jarros especiales que no se mezclaban con los demás. En el cuartel se obligó á que cada individuo bebiese con su vaso, prohibiendo también la introducción de los mismos en la tinaja. Dichos vasos individuales se llenaban por medio de otro grande rodeado por su borde libre de pinchos de hojalata, y que era el único que se introducía en la vasija depósito de las compañías. Además se extremaron los cuidados de limpieza de la boca, haciendo obligatorio el lavado de los dientes y de las encías con torundas de algodón empapadas en una solución de clorato potásico al 2 por 100.

Algunos autores modernos, abundando en las ideas de Bergeron, consideran este proceso morboso como una enfermedad general con manifestaciones externas localizadas en la mucosa de la boca, y describen un período prodrómico de dos ó tres días, caracterizado por anorexia, malestar general, laxitud, postración, escalofríos y dolor de cabeza; pero dichos síntomas prodrómicos faltaron por completo en todas nuestras observaciones, cuya cifra total pasa de 100 Los enfermos se dieron cuenta de su mal por la sensación de ardor y escozor que experimentaban en la boca. Tampoco he comprobado en la inmensa mayoría de los casos movimiento febril durante la ulterior evolución del proceso inflamatorio y ulceroso de las encías; pero desde el comienzo de las ulceraciones, ó sea desde el principio del período de estadio, había siempre salivación, dolor, disfagia, abatimiento y malestar más ó menos pronunciados, según el número é importancia de las lesiones locales. La fetidez característica de la boca y del aire expirado no falta nunca.

Las úlceras parietales, es decir, las desarrolladas en la mucosa de los carrillos, son unilaterales y se sitúan de preferencia en el lado izquierdo; pero, al contrario de lo afirmado por Teissier, nosotros las hemos observado mayor número de veces en la encía superior que en la inferior. Jamás las hemos visto en la lengua.

En cuanto á los caracteres de dicho proceso local, siempre han sido los descritos por la inmensa mayoría de los autores. Primero, enrojecimiento eritematoso de uno de los lados de la cavidad bucal ó de las encías, seguido de la formación de placas amarillentas, redondas ó lineales, según estén situadas en los labios, en la cara interna de las mejillas ó en el borde libre de las encías, punto este último donde no faltan nunca. Después estas placas se hinchan un poco, se reblandecen, se infiltran de serosidad, se deprimen y dejan su puesto á ulceraciones superficiales de igual forma y extensión que aquéllas, y cubiertas de un exudado grisáceo más ó menos obscuro. Si se separa este último por frotación, queda una superficie de color gris, sembrada de puntos hemorrágicos, y que no tarda en cubrirse por completo de nuevos exudados.

Cuando se aproxima el momento de la curación, bien sea provocada ó espontánea, dichas capas pultáceas dejan de reproducirse, formándose en su lugar pequeñas granulaciones rojizas que van creciendo poco á poco hasta llegar al nivel de los bordes, para reunirse al fin unas con otras y cicatrizar después rápidamente.

* * *

Desde nuestros primeros años de práctica médica, y con motivo de una pequeña epidemia de estomatitis ulceromembranosas desarrollada en el pueblo donde desempeñábamos el cargo de facultativo titular, pudimos convencernos de la absoluta ineficacia del clorato potásico cuando se emplea solo y con carácter de remedio específico, como pretendía Blache en 1863 y han defendido posteriormente diversos autores.

La enfermedad atacaba principalmente á los niños pequeños, sobre todo á los que se encontraban en pleno período de dentición, y como no era fácil emplear en esta clase de enfermos un tratamiento tópico antiséptico bien dirigido, nos limitamos á la administración por vía gástrica de 4 gramos de sal de Berthollet disueltos en jarabe y á los colutorios, ó mejor dicho, embrocaciones practicadas tres ó cuatro veces al día, con una disolución de la misma sal en miel rosada al 4 por 100.

Inútilmente esperamos la completa desaparición del proceso morboso en el brevísimo plazo de seis ú ocho días, como afirmaban nuestros maestros. A pesar del *tratamiento específico*, las ulceraciones de las encías y las que se extendían por la mucosa de las partes laterales de la boca continuaban desenvolviéndose con una lentitud desesperante y como si nada se hiciese para combatirlas. En los niños mayorcitos no hubo más remedio que recurrir á otros medicamentos más activos (cloruro de cal, sulfato de cobre y licor de Labarraque principalmente); pero en los de pecho, en los que no era posible aplicar sin grandes riesgos las referidas drogas (viéndonos, por lo tanto, reducidos al uso del clorato potásico en dosis de 2 gramos diarios por vía gástrica y en solución al 4 por 100 para embrocaciones) la enfermedad se prolongó de cuatro á seis semanas y en algunos enfermitos hasta dos y tres meses, pudiendo asegurar que cuando se obtenía la curación era espontáneamente y por los solos esfuerzos de la naturaleza, pues se trata de un padecimiento que evoluciona siempre, si bien al cabo de mucho tiempo, en sentido favorable.

La inmensa mayoría de los autores modernos se rebelan también contra la pretendida especificidad de la sal de Berthollet en la estomatitis ulceromembranosa, y los menos radicales, los más apegados á la tradición, no pueden por menos de confesar, rindiendo culto á la verdad de los hechos, que se ha exagerado demasiado el valor terapéutico del clorato de potasa en el proceso morboso que se estudia. Lo propio puede decirse del sulfato de quinina, aconsejado por algunos Profesores por vía gástrica y á la dosis de $^1/_2$ á 1 gramo al día como remedio también infalible y específico de la estomatitis pultácea.

Nosotros nos hemos cansado de dar quinina á nuestros enfermos de *fegaritis* sin conseguir beneficio alguno por cuanto corresponde á las lesiones locales de dicho padecimiento, y en la última epidemia que hemos tenido ocasión de tratar, raro era el caso que no estaba sujeto á la medicación quínica en dosis elevadas (2 gramos diarios) pues la estomatitis coincidía con otra epidemia también muy extendida de paludismo.

Sin embargo, y á pesar de estas grandes cantidades del medicamento, considerado por ciertos comprofesores como *específico*, las úlceras de la boca no experimentaban modificación favorable de ninguna clase mientras no se llegaba á instituir la medicación antiséptica local de que hablaré en seguida.

Por todas estas razones, y fundándonos en el resultado de nuestra propia experiencia, constituída á su vez por la cuidadosa observación de más de 100 casos, nos creemos autorizados para afirmar que ni el clorato de potasa ni las sales quínicas tienen el valor que los antiguos médicos le concedían en el tratamiento de la estomatitis ulceromembranosa. El primero sólo actúa como astringente débil, disminuyendo la congestión flegmásica de la mucosa y favoreciendo la regeneración del epitelium en el último período de la enfermedad; los segundos podrán, en todo caso, disminuir la fiebre ocasionada por absorción de los productos sépticos desprendidos de las ulceraciones, pero carecen por completo de toda influencia sobre las lesiones locales antes descritas.

Tratándose de una enfermedad infecciosa, el único tratamiento racional, el único que puede proporcionarnos resultados positivos y constantes, es el antiséptico, constituído por la aplicación directa de substancias capaces de destruir los gérmenes morbosos sobre los mismos puntos que han infectado, ó de oponerse á su ulterior multiplicación y desenvolvimiento. Tales son los principios científicos que han servido de base á todos los autores modernos para instituir sus diversos procedimientos curativos de la estomatitis pultácea, y así observamos que, no obstante recomendar cada uno de ellos remedios distintos, todos coinciden en los dos fundamentos principales de emplear constantemente medicaciones tópicas, y hacer uso en todos los casos de substancias astringentes y antisépticas.

Así vemos que mientras Ruault recomienda tocar las ulceraciones dos veces al día con solución de sublimado al 1 ó 2 por 1.000 y Huntiel prescribe para los mismos toques el cloruro de cal seco, otros prefieren las soluciones de timol, las de cloruro cálcico (al 3 por 30 de glicerina), las de sulfato de zinc (1 por 20) ó sulfato de cobre (1 por 40); las de ácido salicílico al 3 por 100; el ácido fénico diluído al quinto, el crómico al décimo, el permanganato de potasa al 1 por 300, el licor de Labarraque al 1 por 19, el agua oxigenada á 6 volúmenes, el azul de metileno, el formol, el fenosalil, el eucalitol, etcétera, etc.

Pero á estos toques, que deben efectuarse dos ó tres veces al día, es preciso añadir la limpieza de los dientes efectuada con un cepillo duro, para separar por completo todo el sarro, y los colutorios ó lavados muy abundantes practicados con soluciones diluídas de ácido bórico, timol, clorato potásico, borato de sosa, ácido fénico, etc. Algunos autores recomiendan hacer uso de verdaderas irrigaciones

repetidas cada dos ó tres horas, empleando de cada vez un litro ó litro y medio de solución astringente ó antiséptica poco concentrada: cuando se trata de niños pequeños que siempre tragan algo del líquido del lavado, practican las irrigaciones con agua pura hervida.

Desde 1887 hemos venido ensayando remedios distintos en los múltiples casos de estomatitis ulceromembranosa que hemos tenido ocasión de observar, con objeto de llevar á cabo un detenido y completo estudio de propia observación, que nos permitiese llegar á conocer el más conveniente. Con este objeto hemos experimentado el cloruro de cal, el permanganato, el sulfato de cobre, el ácido fénico, el ácido salicílico, el clorato potásico, el borato de sosa, el fenosalil y el ácido láctico, consiguiendo con este último resultados tan satisfactorios, tan constantes y tan superiores por todos conceptos á los obtenidos con los demás medicamentos antes indicados, que desde hace algún tiempo constituye el verdadero *principio activo* de nuestra medicación contra la referida estomatitis.

He aquí cómo disponemos el tratamiento de dicha enfermedad en los adultos. Dos veces al día se frotan los dientes, sobre todo por el lado de su implantación en las encías, con un cepillo previamente desinfectado por prolongada sumersión en licor de Van Swieten, tocando después las ulceraciones con pequeñas torundas de algodón empapadas en ácido láctico diluído al tercio.

Además, cada dos horas, se practica un copioso y prolongado enjuagatorio con:

Agua.....	1.000 gramos.
Clorato potásico.....	12 —
Formol.....	2 —

Cuando se trata de niños muy pequeños, recomendamos los lavados, repetidos también cada dos horas, con agua hervida, pero sin dejar por eso de llevar á cabo, dos veces por día, las aplicaciones de ácido láctico al tercio.

Instituyendo el tratamiento que acabamos de describir desde el principio de la enfermedad, la curación se obtiene en cinco ó seis días, á veces en tres; pero aunque nos encontremos en presencia de casos gravísimos ó tengamos necesidad de combatir lesiones sumamente adelantadas, á consecuencia del más completo abandono terapéutico, el tiempo necesario para conseguir una terminación favorable, es siempre mucho más corto cuando se pone en práctica la

medicación antes descrita, que cuando se recurre á cualquier otro procedimiento curativo, no obstante tratarse de substancias tan fuertemente antisépticas como el ácido fénico, el ácido salicílico, el permanganato potásico y el cloruro cálcico. Además, la aplicación de estos últimos remedios resulta en todos los casos bastante dolorosa y suele determinar violentas irritaciones de la mucosa.

Nuestros ensayos con los toques de ácido láctico al tercio, precedidos de cuidadosa limpieza de los dientes y acompañados de copiosos y repetidos enjuagatorios con solución débil de clorato potásico formolada, comprenden 44 observaciones referentes á individuos adultos y recogidos con el mayor cuidado en el Hospital militar de Chafarinas. Cuando ingresaron en la clínica todos presentaban ulceraciones pultáceas más ó menos extensas y numerosas, situadas en los bordes libres de las encías, al nivel de los puntos de implantación dentaria. Algunos tenían además lesiones ulcerativas de igual naturaleza diseminadas por la superficie interna de las mejillas y de los labios. He aquí un resumen de dichos casos:

1.° *José Tapia.* Ulceraciones limitadas al borde de implantación de los dientes superiores. Ingresó en el hospital el 31 de diciembre de 1904. Alta curado el 2 de enero.

2.° *Pedro Gallardo.* Las mismas lesiones de la observación anterior. Ingresó en 1.° de enero de 1905. Alta curado el 4 del mismo mes.

3.° *Antonio Aceituno.* Las mismas lesiones de la observación primera, pero localizadas en la encía inferior. Ingresó el 1.° de enero de 1905. Alta curado el 4 del mismo mes.

4.° *Antonio Aguilar.* Ulceraciones en los bordes de implantación de los dientes inferiores y superiores. Ingresó el 27 de diciembre de 1904. Alta curado el 4 de enero de 1905.

5.° *Ciriaco Pérez.* Ulceraciones muy extensas de los bordes de implantación dentaria de ambas encías y diseminadas también por la mucosa del labio inferior y superficie interna de las mejillas Fiebre, anorexia, insomnio y malestar general. Ingresó el 24 de noviembre. Alta curado el 17 de diciembre.

6.° *Antonio Paramo.* Ulceraciones de la encía inferior en los puntos de implantación de los incisivos y caninos. Ingresó el 13 de enero de 1905. Alta curado el 24 del mismo mes.

7.° *Francisco Fernández Torres.* Ulceraciones de ambas encías y del labio inferior. Ingresó el 6 de diciembre. Alta curado el 24 del mismo mes.

8.° *Francisco Rossa Valverde.* Ulceraciones en el borde de implan-

tación de los dientes incisivos en la encía inferior. Ingresó el 29 de diciembre de 1904. Alta curado el 2 de enero de 1905.

9.° *Antonio Guillén Pedraza.* Las mismas lesiones de la observación anterior. Ingresó el 29 de diciembre de 1904. Alta curado el 2 de enero de 1905.

10. *Andrés Fresno.* Lesión exactamente igual á las consignadas en las dos observaciones precedentes, pero localizadas en la encía superior. Ingresó el 29 de diciembre de 1904. Alta curado el 2 de enero de 1905.

11. *Pedro Herreros Morcillo.* Ulceraciones del borde de implantación de los incisivos y caninos en la encía inferior. Ingresó el 29 de diciembre de 1904. Alta curado el 2 de enero de 1905.

12. *Francisco Ferrer.* Como el anterior. Ingresó el 28 de diciembre de 1904. Alta curado el 2 de enero de 1905.

13. *José Companchs.* Las mismas lesiones. También existen algunas úlceras en la encía superior al nivel del borde de implantación de los incisivos centrales. Ingresó el 28 de diciembre de 1904. Alta curado el 2 de enero de 1905.

14. *José Grau.* Como el caso precedente. Ingresó el 28 de diciembre de 1904. Alta curado el 2 de enero de 1905.

15. *José Pérez Escribano.* Ulceraciones en la encía inferior al nivel de la implantación de los incisivos, caninos y primeros molares. Ingresó el 28 de diciembre de 1904. Alta curado el 2 de enero de 1905.

16. *Agustín Espinosa.* Como el caso anterior. Ingresó el 12 de diciembre de 1904. Alta curado el 18 del mismo mes.

17. *José Fernández Ojeda.* Ulceraciones de ambas encías al nivel de la implantación de los dientes, labio inferior y en la superficie interna de la mejilla izquierda, cerca del último molar. Fiebre, cefalalgia, quebrantamiento. Ingresó el 20 de noviembre. Alta curado el 18 de diciembre.

18. *Francisco Lloréns.* Ulceraciones de ambas mejillas, de la mucosa del labio inferior y de ambas encías en los puntos de implantación de todos los dientes. Las ulceraciones de las partes laterales de la boca son del tamaño de monedas de dos céntimos y en número de tres: dos en el lado izquierdo y una en el derecho. Síntomas de reacción general, grandes dolores. Ingresó el 25 de noviembre. Alta curado el 21 de diciembre.

Este enfermo sufrió además varios ataques de paludismo durante su permanencia en la clínica. También estuvo molestado durante diez ó doce días por un catarro intestinal agudo.

19. *Pedro García Cervantes.* Ulceraciones de las encías superior é inferior en los puntos de implantación de los dientes y muelas. También se descubre una úlcera irregular bastante extensa en la bóveda palatina, comenzando al nivel de los dos incisivos centrales y extendiéndose hasta el primer molar del lado derecho. Síntomas de reacción general poco acentuados. Ingresó el 1.° de diciembre. Alta curado el 21 del mismo mes.

20. *José Rodríguez.* Caso muy parecido al anterior. Los puntos de inserción de los dientes en ambas encías estaban cubiertos de ulceraciones pultáceas. En la mucosa del labio superior había una pequeña úlcera superficial del tamaño de una lenteja; en la del labio inferior dos del mismo tamaño y una muy grande, próximamente del diámetro de una peseta, en la superficie interior de la mejilla derecha, por encima de la porción de mandíbula correspondiente al último molar y extendiéndose hasta la encía. Fiebre, dolor de cabeza, quebrantamiento, grandes dolores. Comenzó la cura el 2 de diciembre. Alta curado el 21 del mismo mes.

21. *José Sánchez Artero.* Lesiones muy parecidas á las del caso anterior. No hay ulceraciones de los labios, pero en cambio existen á los dos lados de la superficie interna de ambas mejillas, cerca de los últimos molares superiores y del inferior derecho. Ingresó el 26 de noviembre. Curado el 21 de diciembre.

22. *Nicolás Martínez González.* Ulceraciones en ambas encías, en los puntos de inserción de todos los dientes. También se observan las mismas lesiones en la bóveda palatina, cerca de la raíz de los incisivos y de los caninos y molares del lado derecho. En el mismo lado de la boca, sobre la mucosa de la mejilla derecha, existen dos úlceras bastante profundas y extensas; una cerca de la comisura labial, redondeada, y cuyo diámetro venía á ser, aproximadamente, el de una moneda de dos reales, y otra irregular, alargada, del tamaño de una almendra, por encima del último molar y confundiéndose con la encía. Síntomas generales muy intensos. Comenzó la cura el 26 de noviembre. Curado el 20 de diciembre.

23. *Juan Sevillano Ureña.* Forma leve. Ulceraciones en la encía ferior, en los puntos de implantación de los incisivos y caninos y imer molar derecho. Comenzó la cura el 27 de diciembre. Curado 31.

24. *Antonio Sabater.* Forma ligera. Ulceraciones superficiales y uy pequeñas al nivel de la inserción de los incisivos superiores. omenzó el tratamiento el 30 de diciembre. Curado el 1.° de enero.

25. *Mariano Furner.* Como el anterior. Comenzó el tratamiento el 4 de febrero y fué dado de alta, curado, el 7 del mismo mes.

26. *Francisco Suárez García.* Ulceraciones de la cara interna del labio inferior de la mejilla izquierda, cerca del ángulo de la mandíbula, y de todo el borde de ambas encías. Fenómenos generales poco acentuados, á pesar de la extensión de las lesiones locales.

Comenzó el tratamiento el 12 de febrero. Curado el 23.

27. *José Compañi.* Forma leve, limitada á los puntos de inserción de los incisivos y caninos de la mandíbula inferior. Comenzó el tratamiento el 13 de febrero. Curado el 17.

28. *Domingo Moreno.* Ulceraciones en ambas encías, en los puntos de inserción de todos los dientes. Comenzó el tratamiento el 30 de enero. Curado el 5 de febrero.

29. *José Moragas.* Ulceraciones poco profundas en los puntos de implantación de los incisivos superiores é incisivos caninos y primeros molares inferiores. Comenzó el tratamiento el 21 de febrero. Curado el 24.

30. *Miguel Benedicto.* Forma grave. Ulceraciones en ambas encías, en la mejilla derecha y en el labio superior, cerca del surco gingivolabial. Ingresó en el hospital el 1.° de enero. Alta curado el 24 del mismo mes.

31. *José Badía.* Forma grave análoga á la anterior. Comenzó el tratamiento el 18 de enero. Curado el 25.

32. *Manuel Vera.* Lesiones muy semejantes á las descritas en la observación 30. Comenzó el tratamiento el 25 de enero. Curado el 4 de febrero.

33. *Gabino Rodríguez.* Ulceraciones en las dos encías, en los puntos de inserción de todos los dientes, en el labio inferior y en la bóveda palatina, partiendo del borde de la encía. Comenzó el tratamiento el 5 de febrero. Curado el 12.

34. *José Guirona.* Ulceraciones en ambas encías y en la cara interna de la mejilla derecha. En este último punto existen dos ulceraciones superficiales, pero muy extensas, como monedas de cinco céntimos. Comenzó la cura el 28 de diciembre. Alta el 5 de enero.

35. *Sebastián Ortiz Sánchez.* Forma leve. Ulceras limitadas á la encía superior al nivel de la raíz de los incisivos. Comenzó la cura el 2 de enero. Curado el 6.

36. *Francisco Riart.* Ulceraciones en ambas encías, en el labio inferior, cerca del surco gingivolabial y en la mejilla izquierda. Ingresó en el hospital el 30 de diciembre. Alta curado el 9 de enero.

37. *Juan Rodríguez Pinteno.* Ulceraciones en ambas encías, cerca de la raíz de los incisivos, caninos y primeros molares. Comenzó la cura el 14 de febrero. Curado el 19.

38. *Francisco Román Serrano.* Caso análogo al anterior. Ulceracienes en ambas encías, en los puntos de inserción de todos los dientes. Comenzó la cura el 5 de enero. Curado el 10.

39. *José Borrás.* Ulceraciones en la encía y mejilla derecha, cerca del ángulo de la mandíbula. Comenzó el tratamiento el 6 de enero. Curado el 12.

40. *Juan Guaro.* Ulceraciones de ambos carrillos, del labio superior, de la bóveda palatina y del borde dentario de las dos encías. Ingresó en la clínica el 29 de diciembre. Curado el 14 de enero.

41. *Domingo Milián.* Como el anterior. Comenzó el tratamiento el 6 de enero. Curado el 16.

42. *José Flores Barraquer.* Ulceras de ambas encías, del labio inferior, de la bóveda palatina y de la mejilla derecha. Comenzó la curación el 7 de enero. Alta el 15 del mismo mes.

43. *Juan Castillo Apeillo.* Ulceraciones de las encías y de la superficie interna de ambas mejillas. Ingresó en la clínica el 10 de diciembre. Alta curado el 19 del mismo mes.

44. *José Jiménez Martínez.* Ulceraciones de las dos encías, del labio inferior y de la bóveda palatina. Ingresó en la clínica el 29 de enero. Curado el 5 de febrero.

***

En resumen, de los 44 enfermos de estomatitis ulceromembranosa sometidos á la medicación antes indicada, 4 curaron en tres días, 7 en cuatro, 7 en cinco, 4 en seis, 2 en siete, 3 en ocho, 3 en nueve, 2 en diez, 1 en once, 1 en doce, 1 en dieciséis, 1 en dieciocho, 1 en diecinueve, 1 en veinte, 1 en veintitrés, 2 en veinticuatro y 1 en veinticinco, veintiséis y veintiocho. Más de la mitad curaron antes del octavo día, sólo 12 pasaron de diez y únicamente 6 llegaron á las tres semanas.

El caso más rebelde tardó en curar veintiocho días, y el término nedio de duración entre las 44 observaciones puede calcularse en iete.

BIBLIOGRAFIA

POR EL DOCTOR

DON SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital Provincial y Hospicio de Madrid.

Escala optométrica, por el Dr. Pongilioni Varela.

El Dr. Pongilioni, de Jeréz, acaba de publicar una escala optométrica, destinada á los médicos generales, que permite apreciar á gran distancia la agudeza visual, diagnosticar la miopía, la hipermetropía, la presbicia, la astenopia muscular, las alteraciones del sentido cromático y el escotoma central.

Esta escala es una fusión de la de Landolt, de la que adopta el optotipo y de la de Presas, que emplea para la medida de la agudeza visual el sistema decimal.

Después de exponer el autor algunas consideraciones generales sobre la luz, las leyes de la reflexión y de la refracción, la graduación de las lentes según el sistema dióptrico, y la determinación del tamaño de la imagen retiniana, entra á definir la agudeza visual.

Para la determinación de ésta adopta como unidad de medida la basada en el sistema métrico decimal, que divide el cuadrante en 100° en vez de 90. De ahí que el grado, en vez de tener 60 minutos y un minuto 60 segundos, tiene 10 décimas de grado centesimal ó 100 centésimas y una décima tiene 10 centésimas. De ahí que el ángulo de 0'02 de grado que adopta el autor y representa por la letra ↻ se diferencia muy poco del ángulo de 1'.

En la escala de Pongilioni, el diámetro del optotipo núm. 1 está calculado para ser visto á 5 metros de distancia, por un ojo normal, bajo un ángulo de 5 ↻ (una décima de grado centesimal), distinguiéndose la abertura de bordes paralelos ó interrupción del anillo bajo un ángulo de 1 ↻.

El optotipo núm. 1'5, como es vez y media su tamaño, se distinguirá bajo un ángulo de 7'5 ↻, y el número 10, que es 10 veces mayor que el 1, será un ángulo de 50 ↻.

En la escala que examinamos, el autor ha marcado en el optotipo número 10 tres discos con los tres colores fundamentales, rojo, verde y azul, con el fin de averiguar si el individuo cuyo estado funcional del ojo se examina distingue bien los colores, dato de importancia capital cuando se trata de empleados de ferrocarriles.

Estos discos están sobre fondo negro y pueden verse por un ojo emmétrope á 5 metros. En el centro del optotipo número 10 existe un cartón movible con un agujero estenopéico que permite se aplique sobre éste el centro de los círculos coloreados y sobre la escotadura del optotipo. De esta manera puede verse el color á través del orificio estenopéico y apreciar si las máculas conservan normal su sentido cromático.

En los cuatro ángulos del cuadrado que forma la escala existen la fórmula de la agudeza visual, la manera rápida de averiguarla, la tabla de Donders para la determinación de las lentes biconvexas que necesitan los presbitas emétropes y la equivalencia entre la numeración de las lentes por el sistema antiguo ó de pulgadas y el moderno ó de dioptrías.

En fin, en la explicación de la escala el autor termina con unos versos en los que los renglones, alternativamente rojos y verdes, permiten ser utilizados para descubrir la simulación en aquellos individuos que dicen no ven de un ojo, para lo cual se les hace leer dichos versos con lentes que tengan un cristal verde y otro rojo. Caso de que en estas condiciones el individuo que se examina los pueda leer, puede asegurarse que los ve con ambos ojos, y por tanto, está descubierta la simulación.

Como se ve por esta reseña, la escala optométrica del Dr. Pongilioni reune las ventajas de la de Landolt y las de la de Presas, llena las necesidades de la clínica mejor que las clásicas de letras y además sirve para determinar las alteraciones del sentido cromático, por todo lo cual la creemos superior á muchas extranjeras que hoy se usan.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 8 de Enero de 1906.

Un caso de cuerpo extraño del esófago. Esofagoscopia. Esofagotomía, por los Dres. Goyanes y Tapia. — El Dr. Tapia: Hace cerca de medio siglo ideó Kussmaul la esofagoscopia. Después, la escuela de Mickulicz, de la cual salieron brillantes propagandistas de este excelente método explorador, la

instituyó en la práctica. Pero al cabo de tanto tiempo apenas se utiliza en Francia y casi nada en España. La causa de esta rémora es sin duda la brutal apariencia de la maniobra, pues es imponente pensar que pueda introducirse en el esófago un tubo metálico recto, de 40 centímetros de largo..... Y, sin embargo, esto es relativamente fácil é inocuo.

Va á ocuparse ligeramente de las aplicaciones de la esofagoscopia al diagnóstico y tratamiento de los cuerpos extraños.

Ante un sujeto que cree tener un cuerpo extraño, hay que averiguar si en efecto existe, en qué sitio, cómo es y de qué naturaleza, y el estado en que se encuentran las paredes del esófago.

La anamnesia no resuelve nada en los niños, en los enajenados, ni en los ebrios; aún más: las sensaciones que el enfermo traduce por la existencia de un cuerpo extraño, pueden presentarse sin que éste exista. La exploración con la sonda puede ser negativa por pasar entre el cuerpo extraño y las paredes del esófago sin revelar obstáculo alguno. Los rayos X no son utilizables si el cuerpo extraño se deja atravesar por ellos, y exponen á error, si la sombra de éste coincide con la de la columna vertebral ó con la del corazón (caso de Gottstein).

La esofagoscopia es el único medio con el que se diagnostica siempre. Pero ¿es practicable en todos los casos? Según los médicos alemanes, lo es en todos los individuos de conformación normal. Y el Dr. Tapia, hasta ahora, siempre que la ha practicado, con diversos fines, ha logrado realizarla; claro es que en individuos que tengan anquilosis de la columna vertebral cervical, mal de Pott, etc., no es factible. En tales casos se podrá introducir el esofagoscopio, previa esofagotomía, sobre todo para la extracción de los cuerpos extraños detenidos en la porción torácica. Y á propósito de esto, propone Tapia, como lo ha hecho para la broncoscopia, las siguientes denominaciones: esofagotomía estomatodial (estomatos = boca; odos = vía) cuando se introduce el tubo por la cavidad bucal; esofagotomía traumatodial (traumatos = herida; odos = vía) cuando se introduce á través de la herida esofagotómica, y por fin, seguir diciendo esofagotomía retrógrada, que es muy gráfico (no hay necesidad de decir traumatodial retrógrada), cuando se le hace pasar utilizando la vía abierta por una gastrostomía.

¿Es peligrosa la esofagoscopia? Evidentemente no en sujetos sanos, y en los enfermos no tiene mayores peligros que la sonda esofágica; con esto quedan dichas sus contraindicaciones.

Por tanto, si la esofagoscopia nos da todas las enseñanzas necesarias en estos casos y su aplicación es posible y no peligrosa, deduce Tapia que «siempre que se sospeche la existencia de un cuerpo extraño en el esófago, debe emplearse este método explorador». Y si dadas las limitaciones sociales, esto parece demasiado radical, se puede decir que se aplicará como diagnóstico, siempre que fallen los otros medios.

Diagnosticada la existencia de un cuerpo extraño, hay que extraerle. La crítica de los medios con que contábamos hasta ahora, como son los aparatos de Greffe, de Kirmison, de Weis, de Gautier, etc., queda hecha con sólo decir que son aparatos ciegos. Además, contestan los hechos aconsejando su abandono absoluto: con gran frecuencia se citan casos de muerte imputable á la cesta de Greffe y á todos estos aparatos, que, con suaves

apariencias, matan: recuerda ahora el caso de un médico de Bilbao que para extraer una moneda empleó uno de estos instrumentos, que quedó clavado en el esófago, sin poder ser extraído, apreciándose en la autopsia enormes desgarros del esófago y de la pleura producidos con las maniobras de extracción.

Con la esofagoscopia no ocurre nada de esto. Pero ¿es capaz de realizar la extracción en todos los casos? También los hechos contestan: Hacker, el gran cirujano alemán, sólo una vez en 25 casos ha tenido que recurrir á la esofagotomía, por no poderlo lograr con la esofagoscopia; Reishenheim, en una estadística de 65 casos, sólo en 5, por tratarse de cuerpos extraños grandes y angulosos y esófago lesionado, no pudo conseguir la extracción. El Dr. Goyanes, con su gran competencia, hará el paralelo entre la esofagoscopia y la esofagotomía, y marcará los límites de aquélla y las indicaciones de ésta.

Antes de exponer el caso que motiva esta comunicación, refiere en breves rasgos otro en el cual la esofagoscopia ha sido el único medio de poder hacer el diagnóstico y la extracción. Tratábase de un caballero de treinta años que, al deglutir un trozo de merluza, sintió una punzada en el tercio inferior del esófago; supuso que le había herido una espina del pescado, pero la persistencia del dolor cada vez que deglutía cualquier alimento que no fuera líquido, le hizo pensar que la espina permanecía clavada en el esófago. El Dr. Yagüe, que le asistía, le recomendó á Tapia, quien venciendo con facilidad los reparos que oponía á dejarse esofagoscopizar, introdujo el esofagoscopio, y á distancia de 35 centímetros aproximadamente vió la espina, que logró extraer al primer intento; la espina tenía 2 centímetros de longitud; en el sitio de enclavamiento había una pequeña zona inflamatoria. El enfermo quedó completamente bien y toleró perfectamente todas las maniobras.

En este caso, que es el primero que se publica en España, el resultado de la esofagostomía no ha podido ser más brillante; pero el que motiva esta comunicación es fuente indudable de mayores enseñanzas: un individuo de sesenta y ocho años, enfermero del Hospital de San Juan de Dios, deglutió un hueso del cual no supo dar detalles por encontrarse en aquel momento bajo la acción de una excesiva dosis de alcohol. En las primeras horas sólo podía deglutir líquidos, y lo hacía con dolor. Los médicos que primeramente le vieron intentaron empujar el cuerpo extraño hacia el estómago, y no lo pudieron conseguir. Después de aquellas maniobras comienza á sentir dolores en el cuello y á no poder ya deglutir ni los líquidos siquiera. Cinco días después de la ingestión del citado hueso fué cuando acudió á la clínica del Dr. Tapia.

a falta de dientes en el maxilar superior facilitó mucho la esofagosco-
. Aprecióse la existencia de un rodete edematoso, inflamatorio, dis-
te 20 centímetros del borde alveolar, que englobaba el cuerpo extraño.
entóse extraerle cogiendo con adecuada pinza un borde cortante que se
; pero se notó que estaba tan fuertemente enclavado que, al tirar de
era imposible movilizarle. En una de estas tentativas vió salir pus ex-
ordinariamente fétido por encima y á la derecha del cuerpo extraño. Es
udable que la cesta de Graffe habría producido la muerte de ser em-

pleada en este caso. Comprendiendo que el cuerpo extraño era grande y debía ser dentado, y que las paredes del esófago estaban lesionadas, y que esta misma tumefacción, aprisionando el cuerpo extraño, impedía la penetración, á usanza de Killian ó de Mickulicz, de un cuchillo ó de una asa galvanocáustica que le dividiese para extraerle en pedazos, juzgó temerario persistir en la extracción. Dice que este caso le sugirió la idea de construir un aparato, semejante á la cánula de Trendelemburg, para dilatar el esófago y evitar las rasgaduras que los cuerpos dentados pueden producir al ser extraídos. Hay que esperar la ocasión de ensayarle.

En vista de la imposibilidad de extraer el hueso por este medio, encomendó al enfermo á un cirujano general tan hábil como el Dr. Goyanes, que en este momento va á continuar exponiendo el caso.

El Dr. Goyanes: Convencido también de que la extracción esofagoscópica era en este caso impracticable, y con la colaboración habilísima de los Dres. Tapia y Ratera, médico de guardia del Hospital Provincial aquel día, hice la esofagotomía cervical bajo anestesia clorofórmica por insuflación, según el procedimiento del profesor San Martín. Incisión amplia desde el cartílago tiroides al yugulum, algo por dentro del borde del esternomastoideo, comprendiendo el cutáneo, la fascia superficial y la aponeurosis, y penetración roma, rechazando el escápulohioideo hacia abajo y adentro, en el surco vásculovisceral (la glándula tiroides, cuya hipertrofia se había ya apreciado antes, dificultaba algo el acceso á la profundidad), hasta alcanzar la pared lateral del esófago. Siguiéndola hacia abajo, y muy cerca ya de la abertura torácica, se apreció, á través de la pared, el cuerpo extraño, fijo, enclavado y atravesado.

La incisión de la pared del esófago se hizo sobre el mismo cuerpo extraño, que le rechazaba enérgicamente, saliendo unas gotas de pus (flemón esofágico parietal) antes de seccionar la mucosa. Con unas pinzas logróse extraerle, terminando el acto operatorio con la introducción de un tubo blando, envuelto en gasa yodofórmica, á través de la herida, y suturando los extremos para reducirla. La operación confirmó en todos sus detalles el diagnóstico esofágico hecho por Tapia. El curso ulterior fué normal (á pesar de algunas imprudencias cometidas por el paciente), y, gracias á los cuidados del Dr. Bombín, tiene hoy curada su herida, sin fístula alguna, sin estrechez, y puede deglutir toda clase de alimentos.

El cuerpo extraño es un hueso (apófisis espinosa de una vértebra de vaca ó ternera) que mide 32 milímetros de largo, 20 de ancho y 1 á 3 de espesor. Estaba colocado de través, con el extremo apofisario en el lado izquierdo y la parte de la continuidad con el arco vertebral, que presenta (demostración) una agudísima arista y una punta en el lado derecho del esófago.

El caso merece el alto interés de permitir un estudio comparado entre la esofagoscopia y la esofagotomía para la extracción de los cuerpos extraños. Ni como cirujano he de rechazar la extracción esofagoscópica, ya que ilustres operadores (Mickulicz, von Hacker, etc.) fueron los que crearon el método, ni como operador he de consentir que se llegue á considerar la cruenta esofagotomía como intervención supérflua en la terapéutica de los cuerpos extraños del esófago. Cada uno de los métodos tiene sus indicaciones y su campo, y es mi deseo señalar los linderos de cada uno. La

vía natural es la preferible por menos peligrosa, y en verdad que todo el que pueda acudir á ambos métodos de extracción, extraerá en su práctica profesional mayor número de cuerpos extraños del esófago por vía esofagoscópica que por esofagotomía.

Verdad es también que la estadística de mortalidad es muy elevada en la esofagotomía (26 por 100, Fischer; 24'8 por 100, Fedorow; 19 por 100, König); pero es preciso tener en cuenta que los casos más graves y antiguos exigen siempre la operación.

En términos generales, los casos recientes son accesibles casi sin excepción á la vía esofagoscópica y los antiguos ó complicados exigen la esofagotomía. Los demás métodos de extracción los considero peligrosos y ciegos. Analizando más, la extracción esofagoscópica es en algunos casos impracticable; en otros, aunque factible, está contraindicada. El ingenio de la moderna técnica ha permitido extraer á algunos prácticos cuerpos extraños voluminosos, temibles y profundamente enclavados, como piezas enormes de dentadura que fueron seccionadas con el asa ó cuchillo galvanocáusticos (casos de Killian y Mickulicz); pero otros no menos hábiles esofagoscopistas (Rosenheim, Gottstein) no consiguieron su extracción.

Justo es confesar que las contraindicaciones de la extracción esofagoscópica de los cuerpos extraños derivan, más que de la naturaleza, tamaño, etcétera, de aquéllos, de las lesiones ocasionadas en la pared del esófago y de sus complicaciones, hasta el punto de que estas últimas exigen en la mayoría de los casos la intervención del arte quirúrgico.

En resumen, nosotros creemos indicado el empleo del esofagoscopio para el diagnóstico de los cuerpos extraños en todos los casos (salvo las contraindicaciones generales de la esofagoscopia).

Para el tratamiento, la extracción esofagoscópica nos parece preferible para los casos no complicados.

Consideramos indicada la intervención quirúrgica:

1.° Cuando la extracción esofagoscópica ha sido infructuosa.

2.° Cuando existe un flemón peri-esofágico (retrovisceral, cervical ó mediastínico).

3.° Cuando hay enfisema en el cuello ó en el tórax.

4.° Cuando hay hemorragia, así proceda de la misma pared del esófago, como de un vaso cervical ó torácico (tiroidea inferior, carótida, aorta, etc.).

La intervención pertinente para los cuerpos extraños de la porción cervical y los de la dorsal hasta 25 centímetros de la línea dentaria (Hacker) es la esofagotomía cervical, debiendo elegirse el lado izquierdo del cuello (sólo cuando hay flemón en el derecho se elegirá éste, pero no aunque se perciba el cuerpo extraño en el mismo). Para los situados más profundamente, hasta el hiatus, puede emplearse la extracción esofagoscópica á través de la herida de esofagotomía (esofagoscopia *traumatodial*, según Tapia) ó la esofagoscopia retrógrada. La mediastinotomía sólo debe emplearse en caso de cuerpo extraño complicado (mediastinitis, empiema). Para los cuerpos detenidos en el hiatus, la gastrotomía es la operación indicada.

El Dr. *Botella* nada tiene que oponer á lo dicho por los Dres. Tapia y Goyanes, con los que se encuentra completamente de acuerdo.

Insiste en la necesidad de que los aparatos de extracción ciega se aban-

donen en absoluto, puesto que hoy contamos con la esofagoscopia, que, según su opinión, debieran conocer y practicar hasta los médicos de partido. Entre los métodos incruentos, recuerda uno que venía expuesto en *El Laringoscopio*, y que sólo es aplicable á los cuerpos extraños metálicos y movibles: consiste en suspender al enfermo, colocándole cabeza abajo dentro de un solenoide; se marca bien el sitio del cuerpo extraño mediante la radiografía, y se coloca entonces el solenoide á la altura del cuerpo extraño. Se hace pasar la corriente eléctrica á la vez que se eleva el enfermo. El cuerpo extraño, fijo por la atracción del solenoide, saldrá por la cavidad bucal. Botella duda, y es natural, de la eficacia del procedimiento.

Dice que la esofagotomía ha quedado reducida al mínimum de aplicaciones desde el advenimiento de este método. Y por fin deduce que el éxito de la esofagoscopia depende de la prontitud con que se verifique su empleo, es decir, de que los enfermos acudan pronto.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 20 de Diciembre de 1905 (1).

Operación cesárea seguida de histerectomía abdominal total.—El Dr. Moreno Alvarez: Se trata de una señora de treinta y ocho años, de 1 metro 15 centímetros de estatura, bien reglada desde los trece años, y que cuenta en su historia genésica: un aborto de cuatro meses cuando tenía veintidós años; á los veintiocho, un parto prematuro con extracción de feto muerto; á los treinta y seis otro parto á término en presentación de nalga, y en el cual, después de transcurrir cincuenta y seis horas desde la ruptura de membranas, fuí llamado diagnosticando una estrechez pélvica de 6 centímetros en su diámetro conjugado y feto muerto. Practiqué la basiotripsia, siendo benigno el curso post operatorio á pesar de una ligera infección puerperal que cedió á seis lavados intra-uterinos con una disolución de biyoduro mercúrico al 1 por 4.000. Durante el período de regresión uterina comprobé la existencia de un pequeño fibroma en la parte antero-superior derecha de la matriz y anuncié á la enferma la necesidad de una operación más importante si se hacía de nuevo embarazada.

Dos años más tarde, el 12 de octubre de 1905 fuí llamado, á las diez de la noche, porque la enferma acusaba dolores de parto que fueron comprobados por el examen, encontrándome con que el embarazo estaba casi á término y el feto, vivo, en presentación de nalgas. Propuse á la familia la operación cesárea, y aceptada la intervención, la practiqué al día siguiente á las ocho de la mañana, siendo seguida de histerectomía total por el procedimiento americano, justificando la extirpación del útero, no sólo por el tumor ya diagnosticado, sino por la presencia de otro fibroma en el lado opuesto de la misma cara uterina. El curso post operatorio pasó sin la menor elevación de temperatura; la madre y el hijo fueron dados de alta á os dieciocho días.

(1) El retraso con que publicamos esta sesión, es debido á que necesita ser aprobada en otra posterior.

El Dr. Moreno presenta este caso para patentizar la necesidad tan grande de propagar entre toda la Clase médica, y en particular en las mujeres embarazadas, de una exploración durante el embarazo para prevenir ciertos peligros y evitar el que muchas parturientes, después de manipulaciones infructuosas, sean enviadas á las Maternidades en condiciones lastimosas de infección, lo cual contribuye á elevar las cifras de mortalidad en dichos Establecimientos. Aboga por la creación de Consultorios de mujeres embarazadas, en donde puedan ser examinadas en previsión de mayores riesgos durante el parto y á la vez donde reciban consejos respecto á los cuidados antisépticos que el trabajo reclama.

El Dr. *Martín Muñoz* felicita al operador por el éxito obtenido; abunda en las mismas opiniones acerca de las deficiencias en la asistencia á la mujer embarazada por parte de algunos médicos y comadronas; encarece la necesidad de los análisis de orina y flujos vaginales, la auscultación de los latidos fetales, las mediciones pélvicas y del útero, etc., etc., y anuncia la exposición de un tema acerca de la «Morbilidad y mortalidad en la Maternidad de esta Corte».

El Dr. *García López* (D. T.), ruega al Dr. Moreno le suministre detalles respecto al estado de la parturiente en su último parto, y cómo estaban dispuestos los fibromas para impedir en absoluto la feliz realización del trabajo.

El Sr. *Presidente* da por terminado el presente curso académico y levanta la sesión.

El Secretario de actas,

DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Larva de díptero desarrollada en el saco conjuntival. — El Dr. Dolcet presentó á la Academia oftalmológica de Barcelona un caso clínico que no constituye un hecho vulgar, pues aunque todos los oftalmólogos han visto en su práctica una gran variedad de cuerpos extraños alojados en partes más ó menos peligrosas para el ojo, en sus investigaciones bibliográficas no ha podido hallar un caso análogo en lo que se refiere al tamaño del gusano desarrollado en la cavidad tapizada por la conjuntiva óculopalpebral, como tampoco existe ningún caso que ofrezca similitud con el de referencia, en lo que concierne á la rapidez con que ha evolucionado.

Trátase de un niño de diecisiete meses, que en 17 de julio del pasado año fuéle conducido por la familia, justamente alarmada, por haber observado que el infante presentaba un gusano en el ojo derecho, cuya cabeza habían visto asomar por la comisura palpebral externa. De momento acogió con suma reserva las manifestaciones de los padres, pensando que la falta de aseo en afecciones segregantes podía determinar la falsa apariencia de un gusano, pero al apreciar el cuerpo del delito de manera in-

dubitable, recordó haber visto afecciones supurativas del cuero cabelludo, en las que la desidia y falta absoluta de tratamiento habían favorecido el desarrollo de gusanos, aunque no con la rapidez del presente, pues la familia aseguraba que pocos días antes no ofrecía el niño en cuestión la menor alteración ocular.

Afianzado el diagnóstico, procedió inmediatamente á librar al pequeño paciente de su inoportuno huésped, intervención que pudo realizar con relativa facilidad por medio de una simple pinza. El gusano que presenta á la observación de los académicos es de color ceniciento, de 0'06 m. de longitud por unos 0'008 m. de grosor aproximadamente. Por sus dimensiones no es posible que penetrara en el saco conjuntival en dicha forma, siendo más probable que se depositara la larva, que encontró un medio apropiado para completar en breve tiempo su total evolución.

Tuberculosis pulmonar tratada por las inyecciones de Phesote combinadas con la tuberculina de Marechal. — El Dr. D. Florencio Martínez presentó á la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao los dos siguientes casos, que publica la *Gaceta Médica del Norte*:

«*Primer caso.* — Enfermo de treinta y dos años, hijo de padres sanos, se acatarra con frecuencia, teniendo habitualmente algo de tos, con expectoración mucopurulenta. En la primavera pasada cogió un catarro más fuerte y de más duración que los anteriores, acompañado de falta de apetito, enflaquecimiento, mucha tos con abundante expectoración, que á veces era hemoptóica, acompañados todos estos síntomas de dolor en el tórax, parte postero-inferior del lado izquierdo. No había fiebre, y estando normales los demás aparatos, el Dr. Martínez halló en el respiratorio los siguientes síntomas: Lado izquierdo: Por delante nada de particular; en la región posterior había zonas macizas al nivel de la base y crujidos secos, tanto aquí como en la parte inferior de la fosa infraespinosa, hacia la punta de la escápula y canal costovertebral. En la fosa supra-espinosa y parte superior de la infra-espinosa se oía respiración entrecortada en la expiración. Lado derecho: Nada se notaba que fuese anormal, como no sea la propagación muy clara del latido cardíaco. Al cabo de unos días del primer reconocimiento, cayó el individuo en cama con fiebre (38°,5), quebrantamiento general de fuerzas, cefalalgia, aumento de dolor en la base izquierda posterior, exacerbada por frecuentes y molestos golpes de tos, con mucha expectoración mucopurulenta y con esputos saguinolentos. Comprendió el Dr. Martínez que se trataba de un episodio agudo de las lesiones que ya antes tenía el enfermo y seguramente debido á nuevos frotes congestivos, pues encontró aumentados todos los signos físicos relatados anteriormente, habiendo aumentado sobre todo la zona de crujidos secos, que fueron reemplazados por crepitaciones que ocupaban toda la región infra-espinosa y base izquierda, siendo en el vértice la respiración breve y difícil, con expiración prolongada y de tono más alto que la inspiración. En el lado derecho que antes nada se notaba, había algunas crepitaciones en la región posterior, correspondiendo al espacio comprendido entre el ángulo del omoplato y canal costovertebral. Hizo, por todo lo dicho, el diagnóstico de tuberculosis de forma neumónica, y para asegurarse más mandó hacer el aná-

lisis de los esputos, los cuales contenían, sobre todo, numerosísimos bacilos de Koch.

El enfermo mejoró de este episodio agudo en diez ó doce días, pero quedó muy desnutrido, con falta de apetito, tos, expectoración purulenta y abundante, y con los signos físicos ya dichos, á pesar de ser tratado con puntos de fuego locodolente, creosotal y plan higiénico apropiado.

Quiso emplear el tratamiento de Marechal, y al efecto le puso nueve series de inyecciones, componiéndose cada serie de cuatro días de tratamiento y tres de reposo. El primer día 1 gramo de phosoto en inyección intramuscular en el glúteo derecho; el segundo día 2 gramos; el tercer día 3 gramos; al cuarto día un cuarto de centímetro cúbico de tuberculina, en inyección hipodérmica en la región infracostal anterior derecha, siguiendo tres días de descanso. Notó la reacción propia de la tuberculina, con cefalalgia, elevación térmica de 0'4 décimas, laxitud general que desapareció pronto y sin gran molestia para el enfermo. Al final de las nueve series el enfermo mejoró notablemente, disminuyó la tos, la expectoración, que fué más mucosa, aumentó el apetito, ganó 3 kilos de peso en menos de dos meses que duró el tratamiento y casi desaparecieron los bacilos de Koch de los esputos, pues apenas si se veían ocho ó diez rebuscando en todo el campo de la preparación.

Segundo caso.—Muchacha de veintidos años, soltera; padres sanos actualmente, tiene seis hermanos, casi todos débiles, de mal color. Hace pocos meses murió una hermana de tuberculosis. Hace tres años tuvo la gripe, de la que no quedó bien. Perdió el apetito, y desde entonces no desapareció la tos acompañada de expectoración. En el momento de empezar el tratamiento de Marechal (que el Dr. Martínez no dudó emplear, en vista del no despreciable resultado obtenido en el caso anterior, y una vez que con el tratamiento corriente, ni reputados médicos de la población ni él, lograron nada), presentaba los síntomas siguientes: aumento de las vibraciones torácicas, sobre todo en la región supra-espinosa derecha, puntos macizos en este sitio y ambas bases. Inspiración áspera y breve con expiración entrecortada en el vértice derecho y parte anterior; en este lado y por detrás se oían numerosas crepitaciones en la región supra-espinosa y vértice, ya cerca del hombro, que se extendía por toda la región posterior. Y en el lado izquierdo extensa zona de la base cuajada de crepitaciones, y en el resto de las demás regiones, respiración áspera ó por mejor decir fuerte.

Empleó en ella once sesiones de inyecciones, notando siempre después de la de tuberculina, la misma reacción que en el caso anterior, cefalalgias, aumento de 4 décimas del calor, poco más ó menos, según los días, y abatimiento con mucho deseo de estar acostada. En este caso ningún síntoma favorable apareció, como no fuese el que la expectoración se hizo más mucosa. Por lo demás, no se despertó el apetito, ni disminuyó la tos, ni aumentó el peso, ni mejoró el estado general de la enferma, como en el caso anterior. Verdad es que ésta era de peor condición social y estaba en el período de reblandecimiento muy avanzado». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 10 de Enero de 1906.

Empleo del cloruro de calcio como medicamento hemostático preventivo.—El Dr. J. Toubert: Nadie piensa encontrar un medicamento susceptible de producir una isquemía comparable con la que se obtiene con la venda de Esmarch. Pero conviene evitar ó disminuir las hemorragias de toda la superficie operatoria, que son tan molestas y que constituyen á veces hematomas difusos ó circunscriptos que impiden la reunión inmediata.

Para conseguir este objeto empleo desde hace varios meses en todos mis operados el cloruro de calcio, medicamento usado en fisiología y que ha servido para hacer experiencias importantísimas sobre la coagulación de la sangre. Los médicos le han utilizado para combatir las hemorragias gástricas, intestinales, pulmonares y las afecciones hemorrágicas (hemofilia, púrpura, etc.).

El modo de administración del cloruro de calcio es sencillísimo, por tratarse de una substancia soluble en agua y bien tolerada por el estómago; conviene recordar su incompatibilidad con la leche. La víspera de la operación hago tomar á mis enfermos una disolución que contenga 3 gramos de cloruro de calcio, repartida en 2 ó 3 dosis, la última pocas horas antes de la intervención.

He sacado de mis ensayos las conclusiones siguientes:

1.ª A pesar de las diferencias individuales, que persisten á pesar del empleo del cloruro de calcio, puede decirse que la gran mayoría de los operados encontraron ventajas con su empleo, porque aumentó la coagulabilidad de la sangre.

2.ª Jamás he necesitado interrumpir la operación más de algunos minutos para hacer la hemostasia por taponamiento. Las compresas de gasa, en ciertos sujetos de sangre muy coagulable, limpian coágulos más que sangre líquida.

3.ª Jamás he necesitado dejar aplicado un tapón para mantener la hemostasia post operatoria.

4.ª No he necesitado hacer ligaduras perdidas con catgut y he aplicado muy pocas en otras operaciones.

5.ª No he observado hemorragias retardadas ó hematomas después de las intervenciones que más exponen á estos contratiempos (operaciones sobre el pene, la uretra, el ano, el escroto, el esqueleto).

Tales son los resultados obtenidos con este producto.

Entre los demás agentes de hemostasia preventiva, creo que deben desecharse por principio los que necesitan ser puestos en contacto con la

herida. Excepto el agua caliente á 50° (que tiende á abandonarse, porque se prefiere operar en seco), todos los demás deben ser excluídos. Unos son de acción incompleta ó más bien inconstante (antipirina, agua oxigenada), los otros hacen que la isquemia sea seguida de vasodilatación intensa (adrenalina). Todos exponen á la infección multiplicando los contactos con la herida; algunos, y en particular el mejor de todos, la gelatina, constituye un medio de cultivo para los gérmenes, y hasta contiene esporas microbianas (tétanos) cuando la preparación es defectuosa.

Creo que es preciso eliminar también la mayor parte de los medicamentos hemostáticos que se prescriben en ingestión ó en inyección. La ergotina sólo produce efectos rápidos y seguros sobre el útero. La gelatina administrada por la boca es de acción caprichosa, é inyectada debajo de la piel, expone á los mismos accidentes que puesta en contacto con las heridas. Las sales, por ejemplo el sulfato de magnesia, á dosis pequeñas y repetidas, ejercen una acción análoga, pero inferior á la del cloruro de calcio, que debe, al parecer, su supremacía, á la cal que contiene. El cloruro de sodio en ingestión es ineficaz, y en inyección subcutánea no es utilizable como hemostático, aunque llena otras indicaciones empleado en forma de suero artificial.

Patogenia de la hidronefrosis.—El Dr. *Bazy* cree, en contra de la opinión del Dr. Delbet, que el acodamiento del ureter es consecuencia y no causa de la hidronefrosis, así que el caso referido por este autor debe titularse «hidronefrosis *por* acodamiento del ureter», y no «hidronefrosis *con* acodamiento del ureter».

Vías biliares. — El Dr. *Hartmann,* aunque reconoce la exactitud de la descripción anatómica de las vías biliares hecha por el Dr. Delbet, niega las deduciones que saca éste respecto al síntoma de Curvoisier.

Cree el Dr. Delbet, que la atrofia de la vesícula biliar sólo puede explicarse por la presencia de un cálculo ó de una neoplasia que obturan una ú otra ó las dos partes que componen el conducto doble hepatocístico y que las mismas lesiones, cuando están localizadas en el colédoco, se complican siempre con dilatación de la vesícula. El Dr. Hartmann y otros cirujanos han observado atrofias notables de la vesícula en casos de oclusión del colédoco localizada por debajo del espolón del conducto doble, y en cambio se ven con mucha frecuencia vesículas voluminosas (hidropesías) en casos de obstrucción calculosa completa del conducto cístico. La teoría del Dr. Delbet no concuerda, por lo tanto, con los hechos.

En realidad, terminó diciendo el Dr. Hartmann, la teoría antigua es la buena, la que atribuye la atrofia vascular á una inflamación crónica esclerosa provocada por la presencia de un cálculo en las vías biliares. Esta atrofia falta, por el contrario, en el cáncer, en el que la inflamación es moderada. El estado de atrofia ó de dilatación de la vesícula es, por lo tanto, un buen signo de diagnóstico diferencial entre la litiasis y el cáncer de las vías biliares.

Intervención quirúrgica en las úlceras gástricas perforadas. — El Dr. *Bazy* leyó un informe acerca de dos casos de úlcera perforada, presetados por el Dr. Lapeyre.

El primero se refiere á la perforación de una úlcera localizada en la cur-

vadura menor del estómago. El Dr. Lapeyre fué llamado á las cincuenta horas del accidente, cuando existían ya fenómenos acentuados de peritonitis. La úlcera, del tamaño de una peseta, fué suturada. El enfermo murió á los siete días de la operación.

La segunda observación es más rara, porque sólo se citan quince casos de este género. La úlcera gástrica se perforó hacia fuera, quedando una arga fístula gastrocutánea. El Dr. Lapeyre practicó la laparotomía, desprendió el estómago de la pared abdominal, resecó la fístula y suturó la herida gástrica; el enfermo curó perfectamente.

Estas fístulas son raras, porque según la estadística de Kronheimer, de 70 casos de fístula gástrica, sólo 15 eran consecutivos á una úlcera redonda del estómago. Feulard ha encontrado 14 casos de fístula gástrica consecutiva al cáncer del estómago.

Las fístulas gastrocutáneas se producen del modo siguiente: Unas veces se desarrolla una perigastritis supurada anterior, el absceso es abierto ó se abre en la piel y la fístula queda formada. En otros casos se produce la perigastritis adhesiva, y la úlcera gástrica, al progresar, destruye sucesivamente toda la pared estomacal, el músculo y la piel. Otras veces la fístula es consecutiva á una intervención quirúrgica practicada por úlcera perforante del estómago.

A esta última categoría pertenecen los casos de Noorden, Parker, Lennander, Vionnay, Schleffer, Villard y Gauthier, citados en el trabajo de Gross.

Prolapso rectal. — El Dr. *Picqué* leyó un informe acerca de una observación dirigida á la Sociedad por el Dr. Lenormant.

El Dr. Picqué practicó á esta enferma la rectococcipexia con éxito completo. Tres años después, el prolapso del recto se reprodujo de repente. El Dr. Lenormant, comprendiendo que era imposible practicar de nuevo la rectococcipexia á causa de la transformación cicatrizal de los tejidos de la región, decidió emplear el método de Thiersch, el cual consiste en lo siguiente: después de reducido el prolapso, se pasa circularmente alrededor del ano un hilo grueso de plata. Este hilo, introducido en los tejidos, sustituye mecánicamente al esfinter y forma, por último, adherencias sólidas entre la pared rectal y los tejidos perirrectales. En el enfermo en cuestión el éxito ha sido completo.

A juzgar por los resultados obtenidos por el método de Thiersch, comparados con los de la resección rectococcipexia, es una operación de porvenir, pero sus indicaciones deben reservarse, al parecer, á los casos relativamente sencillos; en los más graves son preferibles la rectococcipexia y la resección.

Tarsectomía doble por pié zambo rebelde. — El Dr. Broca: El Dr. Jeanbrau nos ha comunicado el caso interesante de un joven de veinte años, que padecía pié zambo paralítico que le obligaba á andar en cuatro piés. En estos casos la tenotomía no suele servir de nada, si no va acompañada de manipulaciones más ó menos brutales para modelar el tarso. Es preciso extirpar todo lo más posible de tejido óseo para el enderezamiento completo en valgo, sobre todo en los adultos. En el enfermo en cuestión, fué preciso extirpar en el pié izquierdo el astrágalo, el escafoides, el cu-

boides, los cuneiformes, la extremidad posterior del quinto metatarsiano y los dos centímetros anteriores del calcáneo; en el derecho fué necesario resecar el tercio de este hueso.

En el pié izquierdo aplicó un apósito enyesado durante veinticinco días y en el derecho un apósito algodonado compresivo. En el pié izquierdo todo fué bien, pero en el derecho, al separar el apósito, se vió que el pié tendía á inclinarse hacia dentro y al intentar enderezarlo, se rompió é infectó la cicatriz.

Creo que en estos casos, inmediatamente después de practicada la tarsectomía, debe inmovilizarse el pié en buena posición en un apósito enyesado y mantenerlo inmóvil de tres á seis semanas.

Del desagüe lumbar en la peritonitis de origen apendicular en el niño. — El Dr. Villemin: En la peritonitis generalizada consecutiva á la apendicitis se acostumbra á hacer, por la incisión abdominal anterior derecha, un amplio desagüe por medio de varios tubos perforados, no reuniendo los bordes de la herida y hasta empleando tiras de gasa para el desagüe capilar. Otros cirujanos practican, además, una incisión media y una tercera en el flanco derecho.

Con estos procedimientos se obtiene un 62 por 100 de curaciones, hecho maravilloso, porque como dice el Dr. Remy, son contrarios á las reglas del desagüe.

Los niños son conducidos al hospital en un estado deplorable después de haber estado sometidos á los tratamientos más extraños. Padecen casi siempre peritonitis difusa, y aunque se lave el peritoneo, quedan siempre líquidos sépticos que ejercen su influencia nefasta. La operación les elimina en parte, y es preciso que su eliminación continúe por el desagüe. Lo lógico es formar esta vía en la parte más declive del abdomen, es decir, en su pared posterior, puesto que los enfermos han de permanecer en decúbito dorsal.

En el sexo femenino el punto más declive es el seno de Douglas. En el masculino, se ha intentado llegar á las partes más bajas del peritoneo. Remy perfora las partes laterales del coccix, Jaboulay aconseja la vía isquiosacra; corta el glúteo mayor y los ligamentos sacrocelíticos y perfora el fondo de saco serosorectal. Mauclaire ha aconsejado abrir el periné entre el recto y la próstata, operación que Sutton y Delanglade han practicado en el vivo.

Todos estos procedimientos tienen el inconveniente de constituir verdaderas operaciones complementarias gravísimas si se considera el estado en que se encuentran los enfermos.

Prefiero la vía lumbar, por la que es más fácil el absceso, vía empleada por Grinda (de Niza) y Frank Hartley. Con las aberturas abdominales y el desagüe anterior, he tenido e 70 por 100 de defunciones, mortalidad que ha descendido al 50 por 100 empleando el desagüe por la vía lumbar.

Cuerpo extraño esofágico. — El Dr. *Chaput* leyó un informe acerca de una observación referida por el Dr. Bluysen. El enfermo, de treinta y dos años, deglutió un trozo de dentadura compuesto de una placa dura de caucho, cuatro incisivos y dos ganchos. El cuerpo extraño, según demostró la radiografía, quedó detenido al nivel del cardias. El enfermo sentía dolores

fuertes y no podía deglutir los líquidos. El Dr. Bluysen fué llamado á los quince días, y creyendo que, dado el sitio que ocupaba el cuerpo extraño, era más fácil extraerle por la gastrotomía, hizo una incisión gástrica de 12 centímetros que permitió introducir toda la mano en el estómago y con el dedo índice extrajo el cuerpo extraño. Curación. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 16 de Enero de 1906.

Aneurisma de la aorta en una joven de catorce años. — El Dr. Comby: La enferma objeto de esta observación padece dilatación aneurismática de la aorta. Ha tenido varios ataques de reumatismo que originaron una insuficiencia mitral. Volvió á presentarse en el hospital con gran disnea y todos los signos arteriales de la insuficiencia aórtica. Al reconocerla descubrí en el segundo espacio intercostal derecho latidos y estremecimiento catario. Es indudable, por lo tanto, la existencia de un aneurisma aórtico, afección rarísima dada la edad de la enferma.

Empleo del colargol en la meningitis cerebro-espinal. — El Dr. Papillon: He empleado el colargol en inyección intrarraquidiana en un caso de meningitis cerebro-espinal de meningococos que observé en unión del doctor Esbach.

El enfermo padecía una meningitis cerebro-espinal de mediana intensidad. Las exacerbaciones febriles eran acentuadas por la tarde, y las remisiones matinales bastante francas. Hice la primer inyección intrarraquidiana de colargol cuando los síntomas meningíticos se hicieron alarmantes. Inyecté 4 cent. cúb. de una disolución de colargol al 1 por 100, es decir, 4 centígramos del medicamento. Al día siguiente la mejoría era notable; pero como pocos días después se exacerbaron los síntomas febriles, hice una nueva inyección á la misma dosis. La inyección fué seguida de descenso rápido de la fiebre, y á los pocos días el niño estaba curado.

El Dr. Netter: He hecho una inyección intrarraquidiana de colargol en un caso desesperado de meningitis cerebro-espinal. El enfermo murió, y al practicar la autopsia ví que el colargol se había esparcido por todo el líquido cerebro-espinal, y que en la parte posterior de la médula, y á lo largo de las raíces posteriores, había precipitado la plata en partículas finas. Aunque creo que la inyección intrarraquidiana de colargol puede emplearse sin inconveniente, prefiero usarle en fricciones y en inyecciones intravenosas, puesto que así he obtenido resultados que nada dejan que desear.

Meningitis cerebro-espinal. — El Dr. Sevestre: He observado un caso de meningitis cervico-espinal de meningococos, interesante no sólo porque el niño curó completamente, sino porque no se observó rigidez de la nuca durante la enfermedad.

El Dr. Comby: He observado también otro caso de meningitis cerebro-espinal que principió cuatro ó cinco días después de vacunarse el niño, que

tenía cinco meses. La punción lumbar dió salida á un líquido muy turbio que contenía gran número de meningococos. El líquido fué siendo cada vez más claro en las punciones sucesivas. El niño murió á las seis semanas, sin haber tenido fiebre.

El Dr. Marfan: Las formas clínicas de la meningitis cerebro-espinal son mal conocidas. Existe una, que he observado en cuatro niños de pecho, en la que el síntoma principal era la inclinación permanente de la cabeza hacia atrás en hiperextensión. El líquido espinal extraído por punción contenía polinucleares y meningococos. Los cuatro enfermos curaron.

El Dr. Richard-ère: He observado un niño de siete meses que presentó el mismo síntoma, pero acompañado de fiebre. El líquido espinal era purulento.

El Dr. Netter: La meningitis descrita por el Dr. Marfan corresponde á una forma frustrada de la meningitis de la parte posterior de la base descrita por los ingleses. En este caso los síntomas principales son la inclinación de la cabeza hacia atrás y los fenómenos oculares, que unas veces llegan á la amaurosis y otras faltan. Respecto á la fiebre, es un fenómeno muy variable. — F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 23 de Enero de 1906.

Mioclonus.—El Dr. *F. Taylor* leyó un trabajo sobre este asunto, basado en seis casos. El primero se refiere á un hombre que ha permanecido en observación treinta años y que tenía movimientos clónicos de la cabeza, el cuello y el tronco, pero no de los miembros. El segundo enfermo permaneció en observación dieciséis años. Los músculos afectados eran los del lado derecho del cuello y del miembro superior derecho. El tercer caso recayó en una enferma en la que estaban afectados los músculos que se insertan en el cóndilo interno de cada húmero.

El Dr. *Farquhar Buzzard*, aludiendo á lo difícil que es clasificar los casos de mioclonus, dijo que los ejemplos que ha visto corresponden al tipo descrito por Friedreich. En las contracciones musculares irregulares la irritabilidad muscular es cuando menos tan importante como el estado de los centros nerviosos. Quizá, como se ha supuesto en el mioclonus, la irritabilidad interesa la substancia fibrilar del músculo y no el sarcolema, como en la enfermedad de Thomsen.

El Dr. *C. E. Beevor* cree que los casos descritos por el Dr. Taylor se asemejan más que nada al tortícolis, que interesa otros músculos que los del cuello. En los casos de mioclonus se ha visto que los movimientos tienen caracteres más bien de sacudidas y los músculos no pueden contraerse aisada y voluntariamente. Es probable que la lesión recaiga en la médula espinal. Señaló la importancia de diferenciar el temblor histérico del mioclonus.

El Dr. *F. E. Batten* dijo que os tics deben ser separados del mioclonus. Este último término conviene que se aplique sólo á la contracción de los

músculos aislados. Aludió á los casos que se complican con epilepsia, y citó un tercer grupo de mioclonus, á saber: el que coexiste con otros estados, paramioclonus, y con la epilepsia.

Interrupción circulatoria como agente terapéutico. — El Dr. *W. Ewart* describió un método de tratar las afecciones articulares, en particular las artritis reumatoides; este método es del mismo tipo que el isquémico empleado en cirugía. Consiste en vaciar primero de sangre las venas por la elevación y la compresión, y después en suspender durante poco tiempo la circulación arterial y venosa á beneficio de una ligadura elástica aplicada alrededor de la parte superior del miembro. Se produce así una «acción alterante» sobre la circulación, con dos fases que corresponden á los estados opuestos de anemia y de hiperemia arterial; el primero favorece la absorción y el segundo obra como estimulante. Pueden repetirse estas maniobras cuatro á seis veces en cada sesión, durando cada una de ellas dos minutos y con intervalos de uno á tres minutos; tres maniobras en cada sesión bastan en la mayor parte de los casos, repitiéndose las sesiones dos veces en las veinticuatro horas.

Los resultados clínicos han sido un gran alivio del dolor y de la sensibilidad durante el período de anemia; al separarse el torniquete el enfermo no nota dolor, sino una sensación agradable de calor; después de la primera sesión se aprecia perfectamente que la tumefacción blanda debida á líquidos disminuye bastante de volumen; as duras disminuyen también paulatinamente; la movilidad de las articulaciones que no están anquilosadas mejora de un modo notable; si se produce la anestesia local debajo de la ligadura, se obtiene una gran ventaja imprimiendo movimientos á las articulaciones rígidas. Estos resultados dependen, probablemente, de la expulsión de los líquidos estancados en los tejidos, líquidos que son sustituídos por sangre arterial pura cuando se restablece la circulación.

El Dr. *Dyce Duckworth* dijo que había empleado este método en las artritis reumatoides y en las blenorrágicas, obteniendo resultados excelentes en ciertos casos. — (*The British Med. Journal*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 20 de Diciembre de 1905.

Tratamiento del estreñimiento habitual. — El Dr. *Tobias* distingue, siguiendo en esto á Fleiner, dos formas de estreñimiento habitual: una, la más frecuente, atónica; otra, más rara, espástica. En la forma atónica no hay relación entre la fuerza y el trabajo que tiene que ejecutar, y de aquí que las deposiciones sean raras é insuficientes, y las heces fecales más consistentes y pobres en agua que las normales y su forma irregular; el vientre está meteorizado. El espasmo afecta casi siempre á individuos neuropáticos, cuyo vientre está hundido y sensible á la presión. A menudo se encuentra el esfínter de ano sumamente contraído. Las heces fecales son de pequeño calibre y están constituídas en parte por bolitas; el deseo de deponer es

recuente, pero va seguido de a expulsión de evacuaciones pequeñas y que no satisfacen la necesidad. Estados análogos se encuentran en el cólico saturnino, y el autor lo ha observado en un caso de crisis intestinal tabética.

El primer principio que debe guiarnos en el tratamiento del estreñimiento habitual es el de proscribir el abuso de los purgantes. En lo demás, la terapéutica se acomodará á la forma del estreñimiento.

En los casos de atonía se deben elegir alimentos que exciten al intestino y que sean además abundantes y muy acuosos. Se apelará también á la hidroterapia, siendo el tipo de aplicación en este caso el del contraste térmico: lo mejor de todo es un baño eléctrico ó de vapor seguido de un semicupio de 30° C. y más tarde sólo de 24° y de poca duración. En algunos casos, en vez del baño, basta con una fricción fría. En ciertos enfermos basta con este tratamiento general. De no ser así, da también muy buen resultado el baño de asiento (hasta 15° centígrado) y la ducha escocesa al vientre. También se emplean el masaje, que es preferible practicar con la mano, la gimnasia de sala y la de resistencia, el ejercicio, algún deporte y por más que no tiene tanta importancia, la electricidad, siendo preferible la corriente farádica. Al empezar el tratamiento hay muchos casos en que es necesario apelar á los enemas. Si al principio no se puede prescindir por completo de los purgantes, se elegirán los de acción muy suave. El autor no tiene gran fé en las curas termales, que en realidad no vienen á ser otra cosa que la administración prolongada de purgantes; en cambio es útil pasar una temporada en los baños de Bohemia y de Silesia, que son los más importantes para el caso, y que por su favorable situación invitan á dar grandes paseos.

En los casos de espasmo, la alimentación debe ser suave, nada irritante y muy rica en grasas. Están contraindicados los contrastes térmicos, y en cambio se recomiendan las envolturas de 24 á 18° centígrado, seguidas de fricciones ó duchas de lluvia que se van enfriando lentamente. De cuando en cuando se intercala un baño muy prolongado de hojas de pino. Es preferible prescindir por completo de procedimientos locales y además de esto los pacientes deben estar lo más tranquilos posible y no dedicarse á ningún deporte. Los purgantes son muy perniciosos, y todo lo más se podrán emplear supositorios con opio ó belladona. Importa mucho educar bien al intestino; el paciente debe acostumbrarse á ir al retrete á una hora determinada. Al principio son útiles los enemas calientes con agua ó las irrigaciones de aceite.

En los casos de espasmo hay que seguir al pié de la letra el principio de no interrumpir el tratamiento hasta que se haya conseguido el resultado; en cambio, en los de atonía, conviene á veces semejante interrupción.

El Dr. *Bröse* dice que la causa de que el estreñimiento habitual sea mucho más frecuente en el sexo femenino, depende de que la mujer se mueve poco y de que por carecer casi siempre de profesión determinada, no está tan acostumbrada á la puntualidad; esto sin contar con que también ingiere menos líquido que el hombre. No es raro que baste con fijarse en estas particularidades para vencer la afección. Pero además intervienen circunstancias que se relacionan con la vida sexual de la mujer. En el puerperio no se puede pasar sin purgantes, y no todas las mujeres poseen

la energía suficiente para quitar la costumbre adquirida. El espasmo y la atonía no se pueden distinguir siempre de un modo tan riguroso como lo ha hecho el conferenciante, y tampoco es fundado el poco aprecio que ha concedido á la electricidad, puesto que el autor ha empleado con éxito corrientes galvanofarádicas enérgicas que hacía pasar á través del cuerpo por medio de electrodos muy grandes, aplicados al vientre y á la espalda.

El Dr. *Zabludowski* ensalza la importancia del masaje en ambas formas de estreñimiento, pero es preciso que la técnica se acomode á las circunstancias de cada caso particular. Cuando hay atonía conviene más la gimnas sueca de resistencia; cuando hay espasmo el masaje suave, manual y vibratorio.

El Dr. *Fürbringer* llama la atención acerca de la utilidad del ciclismo, que obliga á trabajar á todos los músculos del cuerpo, y que constituye al mismo tiempo un masaje vibratorio suave. En la mayor parte de los casos no hay sólo atonía ó sólo espasmo, sino que se trata de formas mixtas.

El Dr. *Lassar* pondera las ventajas de la equitación, que únicamente en los hemorroidarios favorece el estreñimiento. Menciona además la relación que existe á menudo entre los procesos digestivos y las afecciones cutáneas, relación que se puede apreciar muy bien en los niños que padecen de escrofulosis, de urticaria ó de prurigo. En muchos de estos casos se consigue dominar el mal con pequeñas cantidades del polvo pectoral de Curella que, por el sulfato de magnesia que contiene, paraliza los venenos intestinales, asociando á dicho medio la regulación del régimen alimenticio. En los adultos le ha dado muy buen resultado seguir el consejo de Noorden, de administrar patatas cocidas al horno y con manteca, estando el estómago en ayunas, y de hacer uso lo más abundante posible de arandanos.

El Dr. *Ewald* insiste mucho en la necesidad de individualizar y de no atenerse á un método de tratamiento determinado.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). —R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 15 de Diciembre de 1905.

Extirpación total de la laringe. — El Dr. *Pablo Albrecht* presenta un individuo que ha sufrido el 27 de mayo de 1905 la extirpación total de la laringe por cáncer, saliendo curado de la clínica el 8 de julio. Utilizando el enfermo sus conocimientos técnicos ideó un aparato para poder hablar, después de haber estudiado todos los que se han inventado con este objeto. A la cánula traqueal le añadió una pieza metálica que se puede quitar y que tiene una válvula que se abre en la inspiración y se cierra en la expiración. El aire expirado pasa por un tubo de caucho á la cavidad bucal. El paciente introduce este tubo por el ángulo derecho de la boca y lo hace pasar por detrás de la muela del juicio, hasta colocarlo por delante del velo del paladar; y á fin de que éste no tape la abertura del tubo, tiene éste inmediatamente, antes de su extremo, varios agujeritos en su pared. Refiere el pa-

ciente que con su aparato puede hablar tan alto que, aun teniendo cerrada su habitación, es capaz de hacerse oir por personas que están en la habitación inmediata. Además, como jefe de Geodesia se puede hacer entender muy bien en el campo con el personal á sus órdenes y por mucho tiempo.

Por otra parte, cuando el tiempo está muy frío y le molesta la entrada directa del aire en la tráquea, introduce el tubo de caucho en la boca, aprieta los labios y sujeta la válvula con un dedo; de este modo el aire penetra por las fosas nasales, la cavidad nasofaríngea y la bucal, descendiendo por el tubo á la tráquea.

El Dr. *Sigmundo Exner* hace notar que con una pequeña modificación se podría conseguir que la voz cuchicheada que se obtiene con el aparato se convirtiera en alta voz. Bastaría colocar en el extremo bucal del tubo de caucho un silbatito constituído por una membrana de goma delgada y tensa que dificultara parcialmente la salida del aire. Siempre que explica la teoría de las vocales demuestra cómo con un silbato dispuesto de ese modo, colocado en la boca y soplado desde fuera, se sustituyen las cuerdas vocales y se consigue la obtención de vocales sonoras.

Nuevas investigaciones sobre la tuberculosis cutánea y experimental obtenida en los monos. — El Dr. *Rodolfo Kraus* refiere que, después de haber conseguido la producción experimental de la tuberculosis cutánea en el mono (macacus rhesus), ha logrado, en unión con Krew, con una afección cutánea de naturaleza dudosa de un mono, afección que el examen histológico demostró ser tuberculosa, obtener la tuberculosis cutánea en monos sanos. Nuevas investigaciones han demostrado que, con lesiones tuberculosas de la piel humana y con cultivos de bacilos tuberculosos, se pueden obtener lesiones cutáneas completamente análogas á las antes referidas. Enseñan además los experimentos practicados con cultivos puros de bacilos tuberculosos, que se puede obtener la tuberculosis cutánea con bacilos de procedencia muy diversa. Lo mismo con los de origen humano que con los de origen bovino, se presenta en el punto inoculado una afección tuberculosa á los ocho ó diez días. En cambio, la que tiene por causa órganos tuberculosos necesita dieciséis días, por lo menos, para su desarrollo.

El Dr. *Ricardo Paltauf* hace observar que la identidad de acción del bacilo humano y del bovino sobre la piel del mono no se opone á la diferencia que entre ambos tipos de bacilos han demostrado existir otros experimentos. Aun tratándose de afecciones cutáneas humanas, no hay que desechar la idea de que ambos tipos tengan su importancia en las diferentes formas.

Linfangitis y linfo-adenitis tuberculosas. — El Dr. *Antonio de Khantz*, el joven, presenta una muchacha de doce años, la cual tiene una linfangitis linfo-adenitis tuberculosa cubital en la extremidad superior izquierda, mo consecuencia de una herida incisa muy superficial que se infirió en pulgar izquierdo con un cuchillo de mesa hará unos seis meses, siendo advertir que ni en la paciente ni en su familia ha habido ninguna otra anifestación tuberculosa. El foco, del tamaño de una pieza de 10 céntios, que se encuentra en el lado de la extensión de la articulación interlángica del pulgar izquierdo (ó sea del primitivo sitio de la lesión), lo calican los dermatólogos de tuberculosis verrugosa del cutis. En el conteni-

do de un ganglio linfático reblandecido, que se incindió hace catorce días, y que radicaba por encima del codo izquierdo, se encontró un corto número de bacilos tuberculosos. Los vasos linfáticos infectados se sienten y en algunos trechos se ven claramente como cordones nudosos, y á manera de sartas de perlas, en el surco bicipital interno, y, sobre todo, en el lado de flexión del antebrazo. Se dirigen al pulgar infectado, y la piel que los cubre aparece en su mayor parte deslizable y no rubicunda.

Defectos congénitos en la pared del tórax. — El Dr. *Egon Ranzi* presenta un niño de nueve años que, además de un defecto parcial que comprende desde la segunda costilla derecha hasta la sexta, tiene los siguientes vicios congénitos: falta de la porción esternocostal del músculo pectoral mayor derecho, falta parcial del pectoral menor y del serrato anterior mayor, escoliosis convexa á la derecha, hipoplasia y nivel elevado de la escápula derecha, braquidactilia y sindactilia.

En otro caso, relativo á un niño de seis años y medio se encuentra, en el lado izquierdo, un defecto parcial de las costillas octava, novena y décima, nivel elevado de la escápula derecha y escoliosis convexa á la derecha.

Eflorescencia primitiva de favus. — El Dr. *Eduardo Spiegler* presenta un muchacho de doce años con una eflorescencia primitiva de favus en la parte lampiña de la nuca, bajo una forma parecida al herpes tonsurante, pero con una escudilla central característica y hallazgo positivo del achorion Schönleim.

Indicaciones de la apendectomía en los casos de dolor ileocecal. — El doctor Julio Ochenegg: El año 1899 publicó Nothnagel un caso, referente á un individuo de veinte años, en el que, á causa de dolores violentos en la región ileocecal, se practicó la apendectomía, encontrándose un apéndice completamente normal. Dos años después se presentaron dolores vehementísimos que á la presión se hacían intolerables. Estos síntomas desaparecieron con el empleo de la corriente farádica. Para esta afección, puramente funcional, propuso Nothnagel el nombre de pseudoperitiflitis.

Küttner califica de pseudoapendicitis los casos en que, con la operación que se practica por existir síntomas apendicíticos, se encuentra que, no sólo se encuentra normal el apéndice, sino también todas las partes que le rodean. En cambio, Singer comprende también con dicha denominación otras afecciones de los órganos abdominales, con tal que evolucionen con el cuadro de una apendicitis.

Por mi parte, he practicado la apendectomía en 14 casos á causa de las molestias graves que sufrían los pacientes, á pesar de la vaguedad de los síntomas y del dato de que nunca había habido antes un ataque manifiesto de apendicitis. Ahora bien, sólo en uno de estos casos dejó de conseguirse con la operación la curación completa de los síntomas que atormentaban á los enfermos. El dolor y el meteorismo se explican muy bien teniendo en cuenta las particularidades anatómicas locales y fijándonos, no tan sólo en el apéndice, sino también en los órganos inmediatos y en sus relaciones con dicho apéndice. Con este motivo he encontrado repetidas veces particularidades semejantes, que pueden justificar la creación de cuatro tipos diferentes.

Primer tipo. — El apéndice está invertido sobre el ciego y aplicado á él

con tanta fijeza como lo está un aro al barril de que forma parte. Las molestias aumentan cuando el ciego se distiende mucho con materias fecales ó con gases; en cambio, se alivian los síntomas cuando son expulsados las unas ó los otros. En efecto, al distenderse el apéndice se pone tenso, y como se trata de un órgano rico en nervios, reacciona con dolor, ocurriendo lo contrario cuando el apéndice está flácido y formando pliegues.

Segundo tipo. — Estos enfermos sólo se sienten bien cuando están muy estreñidos. Los días en que naturalmente, ó con auxilio del arte, hacen de vientre, están tan molestos que tienen que pasarlos en la cama y poniéndose fomentos. Con la operación se encuentra un apéndice que se dirige casi verticalmente á la pelvis, adhiriéndose á ésta por su extremo libre. En estos casos, cuando el ciego está muy lleno y péndulo, se relaja el apéndice, y en cambio éste se pone tenso cuando el ciego se vacía y asciende. En la operación se pueden imitar estos cambios.

Tercer tipo.—El apéndice se abre en forma de embudo en el ciego. Estos enfermos se quejan á menudo de dolores de aparición muy brusca cuando se forman gases. En efecto, como en este tipo el apéndice comunica con el ciego por medio de una amplia abertura, tiene que participar de la distensión del ciego, se hipertrofia su capa muscular y el movimiento peristáltico de esta capa hipertrofiada determina dolores. Pero á todo esto el apéndice se va distendiendo gradualmente, sus paredes se van adelgazando y hasta hay casos en que se rompe sin inflamación previa. Esta conformación anatómica de una amplia abertura infundibuliforme es típica en el organismo infantil y explica quizá los cólicos de los recién nacidos, cuyo apéndice, como es sabido, suele estar lleno de meconio.

Cuarto tipo. — Apéndice largo, mesenterio corto, orificio cecal estrecho y cerrado por una válvula de Gerlach bien manifiesta. En estos casos, cuando se distiende mucho el ciego, se hace insuficiente la válvula, pudiendo entonces penetrar materias fecales en el apéndice y espesarse hasta convertirse en coprolitos cuando la válvula se vuelve á cerrar al evacuarse el ciego. Un síntoma muy importante en estos casos es el de que los dolores persisten más que la repleción del ciego. Otro síntoma es la infiltración cilíndrica ó de morcilla de la región íleocecal, infiltración que se atribuía antes al apéndice inflamado y envuelto por costras callosas, hasta que demostraron las operaciones que en muchos de estos casos el apéndice estaba blando y flexible y que radicaba en otro sitio. Tampoco es exacta la explicación de Treves que atribuye dicha resistencia á una contracción de los músculos del abdomen, pues sabemos hoy que tal tumor cilíndrico y típico proviene de la parte más inferior del íleon contraída espasmódicamente. En la operación he encontrado contraída esta porción del intestino, y cuando no lo estaba, á causa de la anestesia, siempre había hipertrofia de su capa muscular. Así se explica el molestísimo meteorismo que tienen estos enfermos. Yo creo que la excesiva sensibilidad anormal del órgano es la causa de un espasmo reflejo del mismo.

En todos estos casos se intentó primeramente un tratamiento médico, y en todos, menos en uno más complicado, se logró la curación con la intervención quirúrgica.

Con tales resultados, está justificado ampliar las indicaciones de la apen-

dectomía, que deberá, por lo tanto, practicarse para librar al paciente de sus dolores y para prevenir la aparición de un verdadero ataque apendicítico, es decir, con un fin profiláctico.

(*Wiener klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

ASOCIACIÓN QUIRÚRGICA Y GINECOLÓGICA DE LOS ESTADOS UNIDOS NORTE-AMERICANOS DEL SUR

18.ª sesión anual celebrada en Louisville el 12, 13 y 14 de Diciembre de 1905.

Reparación quirúrgica de los nervios lesionados.—El Dr. *J. Shelton Horsley* dividió como sigue los métodos quirúrgicos reparadores: 1.° Sutura nerviosa simple, que comprende todos los casos en los que los cabos nerviosos se ponen en contacto y son suturados, aunque sea necesaria la resección del nervio cuando está distendido. 2.° Operaciones á colgajos, cuyos resultados suelen ser desastrosos. 3.° Interposición nerviosa. Con este nombre se designa la interposición de una substancia extraña entre los cabos nerviosos. Comprende, no sólo la transplantación de tejido nervioso de animales inferiores, sino también la sutura á distancia. 4.° Implantación ó anastomosis nerviosa. Se incluyen en esta categoría los casos en que los cabos del nervio dividido se implantan en otro sano.

Cuerpos extraños en el esófago.— El Dr. *S. Mc Guire* dijo que el diagnóstico de los cuerpos extraños del esófago se funda en los antecedentes del caso, en la palpación del cuello, en el paso de una sonda esofágica y en el empleo de los rayos X. Si el cuerpo extraño es redondo ó liso, debe procurarse extraerle con pinzas ó hacérselo arrojar al enfermo obligándole á deglutir alimentos á medio masticar y provocando después el vómito. Si es pequeño, puede ser rechazado al estómago. Ninguno de estos medios debe emplearse si el cuerpo extraño es puntiagudo, cortante ó anguloso. El mejor tratamiento en estos casos es la intervención quirúrgica. Para llegar al cuerpo extraño puede practicarse la esofagotomía externa ó la gastrotomía, según el sitio de implantación. Si está detenido frente al cartílago cricoides, debe practicarse la esofagotomía; si se encuentra por debajo de la escotadura supraclavicular del esternón, es preferible la gastrotomía.

El Dr. *J. Wesley Long* refirió el caso de un niño que había deglutido un imperdible abierto; el cuerpo extraño quedó detenido en el esófago frente al cartílago cricoides. Una radiografía demostró que la punta del imperdible se encontraba debajo del cayado aórtico. Se practicó la esofagotomía y el imperdible fué extraído sin inconveniente alguno. Cree, por lo tanto, que hay casos en los que esta operación es preferible á la gastrotomía.

El Dr. *W. S. Goldsmith* citó el caso de un enfermo, el cual deglutió la parte cóncava de una pieza de dentadura artificial. El cuerpo extraño permaneció retenido en el esófago cuatro meses, al cabo de los cuales el enfermo se encontraba muy demacrado y débil. Se intentó en vano extraer el cuerpo extraño con pinzas. En vista de la ineficacia, se le ocurrió al doc-

tor Goldsmith ensayar el método de Bull. Al efecto, ató una serie de esponjas á una hebra fuerte de seda, y por medio de una sonda introdujo ésta por la boca en el esófago, dejando en posición la serie de esponjas. Después por medio de la sonda imprimió á las esponjas una serie de movimientos hacia adelante y hacia atrás, merced á los cuales el cuerpo extraño fué rechazado al estómago, de donde se le extrajo por la gastrotomía.

El Dr. *H. A. Roysler* refirió el caso de un niño de dos años que deglutió la rueda de un juguete de metal. El niño podía deglutir líquidos, pero no sólidos. El cuerpo extraño fué extraído con una pinza.

El Dr. *Horsley* dijo que cuando un cuerpo extraño no puede extraerse por los medios ordinarios, no debe perderse tiempo en practicar una operación. En prueba de ello, refirió el caso de un niño que deglutió un pincel pequeño. El Dr. Horsley vió al niño á los cuatro días y practicó la esofagotomía, extrayendo el cuerpo extraño. El esófago estaba herido y gangrenado. Se desarrollaron síntomas sépticos y el niño murió cuatro días después.

Los Dres. Rosser, Hall y Haggard citaron casos análogos.

Cálculos del conducto cístico.—El Dr. *L. H. Dunning* expuso un método, empleado en un caso para rechazar á la vesícula un cálculo biliar atascado en el conducto cístico. El cálculo estaba retenido en un sitio estrechado. Después de haber hecho en vano todo lo posible para rechazar el cálculo á la vesícula, intentó dilatar la estrechez con los dedos primero y después con unas pinzas. Uno de los ayudantes pensó que sería más fácil dilatar con las pinzas la estrechez poniéndola al descubierto. Las paredes de la vesícula biliar eran elásticas. El hígado fué vuelto hacia arriba, de modo que la vesícula quedó cerca de la superficie. La abertura de la vesícula fué ensanchada, y un ayudante sujetó el cálculo contra la estrechez. El fondo de la vesícula fué conducido hacia adelante, hacia la entrada estrechada del conducto cístico, poniendo la abertura de la pared frente á la del conducto estrechado. Después se intentó en vano introducir por ésta la punta de la pinza. Se introdujo poco á poco á través de la abertura la punta de unas tijeras-sonda curvas, y después se abrió el instrumento; la dilatación fué ligera y hubo necesidad de incindir ligeramente en tres ó cuatro puntos el anillo de la estrechez para que pudiera pasar con facilidad el cálculo. La operación se terminó de la manera ordinaria. Se introdujo en la vejiga un tubo de goma y la víscera se sujetó á la aponeurosis. Antes de terminar la operación penetró en la vesícula algo de bilis, saliendo después diariamente por el tubo de desagüe de 60 á 90 gramos; al principio fué espesa y de color obscuro, pero después adquirió poco á poco sus caracteres normales. El enfermo curó sin accidente alguno. Cree el Dr. Dunning que el procedimiento seguido en su caso puede ser útil en otros. No es aplicable en los enfermos en los que la vesícula biliar no puede ser conducida cerca de la superficie ó cuando está engrosada por depósitos inflamatorios.

Obstrucción del colédoco. — El Dr. *J. Wesley Long* dijo que esta obstrucción suele ser más grave que la litiasis de la vesícula biliar. Según las estadísticas de la clínica de Mayo Robson, en la que se han hecho más operaciones por cálculos de la vesícula biliar que en ninguna otra clínica del mundo, la mortalidad operatoria en los cálculos simples de dicha vesícula

es menor de medio por 100, mientras que en las operaciones por obstrucción del colédoco varía entre 11'9 por 100 en los casos benignos y 40 por 100 en los malignos. Estas cifras prueban cuán importante es operar antes de que los cálculos abandonen la vesícula.

Respecto á la etiología de la obstrucción del conducto colédoco, es indudoble que todos los casos son debidos á cálculos ó neoplasias malignas, que á veces son ocasionadas por la irritación que producen aquéllos. Los cálculos no pueden permanecer mucho tiempo en la vesícula biliar sin producir síntomas; pero una vez que han pasado al colédoco no sólo producen síntomas, sino que ocasionan con frecuencia complicaciones graves. La mortalidad en estos casos es debida á las complicaciones, colemia, infección, inflamación y extenuación producida por la hemorragia en el acto de operar. La obstrucción del coléco sólo puede ser tratada por los medios quirúrgicos. Después de corregida la obstrucción conviene emplear el desagüe, porque es de necesidad absoluta combatir la infección, y no puede considerarse como terminada una operación hasta que se asegura la permeabilidad del colédoco. Es preciso no extirpar la vesícula biliar cuando se practica la coledocotomía, puesto que los cálculos vuelven á formarse á veces en el colédoco, y en estos casos la vesícula sirve para hacer el desagüe.

Un nuevo signo de la ruptura del colédoco.— El Dr. *J. Ransohoff* refirió un caso de gangrena de la vesícula biliar, que curó por la operación. Narró además otro caso de ruptura del conducto colédoco, que curó por la intervención quirúrgica. Aunque ambos casos difieren desde ciertos puntos de vista, presentan bastantes caracteres comunes. En uno y otro el desarrollo rápido de la peritonitis hizo considerar la operación como indicación vital. En uno y otro la operación reveló un estado que, á simple vista al menos, presentaba todos los caracteres de la peritonitis susceptible de producir la muerte en poco tiempo. En uno la vesícula biliar se gangrenó, pero sin romperse; su contenido era estéril. En cambio en el otro hubo derrame abundante de bilis en el peritoneo.

Llamó la atención acerca de un signo observado antes de practicar la incisión en el caso de ruptura del colédoco; es un signo en el que no se han fijado como debían los cirujanos. Consiste en una ictericia localizada en el ombligo. Aunque un solo caso no es suficiente para justificar la pretensión de que se ha visto algo nuevo, este carácter es tan marcado, que hay motivos para suponer que una nueva observación dará á esta ictericia localizada algún valor como signo de derrame biliar en el peritoneo. En el caso referido este carácter adquirió mayor interés, porque al incindir la pared abdominal se encontró la grasa subcutánea teñida por la bilis. La ictericia es indudablemente resultado de la imbibición. Se manifiesta primero en la piel del ombligo, porque es más delgada que la del resto de la pared abdominal. No se cita ningún otro caso de gangrena total de la vesícula biliar independiente de cálculos. Esta gangrena es rara. En el caso referido, el examen más minucioso no permitió descubrir cálculo alguno.

Angiotribo electrotérmico de Downes. — El Dr. *J. Wesley Bovee* dijo que había empleado este angiotribo en 203 operaciones abdominales y en 27 vaginales. Estas 230 operaciones fueron histerectomías y panhisterectomías,

extirpación de los apéndices uterinos por la vía vaginal y por la abdominal, extirpación del apéndice vermiforme, del bazo, del riñón, etc.

De estos 230 casos sólo ha observado 2 hemorragias post operatorias, que no cree fueran debidas al método operatorio. El primer caso se refiere á una panhisterectomía abdominal practicada por inflamación supurada de los apéndices á una mujer muy débil. A las tres semanas de operada y dos días después de haberla permitido andar, tuvo hemorragia intestinal, gástrica y vaginal. Al reconocerla se descubrió una masa en el abdomen. La temperatura y el pulso aumentaron. La hemorragia continuó á intervalos por espacio de dos semanas. Volvió á abrirse el abdomen, sin anestesiar á la enferma. Se extrajo de la cavidad peritoneal un gran número de coágulos sanguíneos y se irrigó dicha cavidad con una disolución salina por medio de un tubo de goma, y después de desprender las adherencias. La enferma curó perfectamente.

En el otro caso, á las dos semanas de practicar una histerectomía vaginal por fibroma, la enferma tuvo una hemorragia abundante por la vagina, después de andar algo más que los días anteriores. Al hacer un reconocimiento con el espéculum de Sims, se descubrió un flujo fétido, que salía por la parte izquierda de la bóveda de la vagina. La irrigación vaginal durante una semana, bastó para curar á esta enferma.

El angiotribo termoeléctrico de Downer tiene en la cirugía pelviana y abdominal las ventajas siguientes: mayor seguridad de la hemostasia que con la ligadura; falta de hemorragia al operar; facilidad de su aplicación en sitios en que el empleo de la ligadura es difícil é inseguro; mayor seguridad contra la diseminación en las operaciones radicales por afecciones malignas; posibilidad de esterilizar áreas infectadas antes de hacer la sutura, por ejemplo, en las operaciones sobre el intestino y el apéndice; tendencia menor á la formación de adherencias post operatorias; rapidez en ciertas operaciones, extirpación del útero, etc.; operaciones menos dolorosas. Las desventajas son el peligro de lesionar accidentalmente la vejiga, el recto y el ureter; necesidad de precisión mayor en su empleo, y cuidado especial en la función del aparato.

El Dr. *A. J. Downes*, hablando de su angiotribo, manifestó que durante cuatro años no había usado ligaduras, excepto en una mujer joven, á la que estando moribunda operó por embarazo extrauterino. Ha practicado con él 400 ó 500 histerectomías, y otros cirujanos le han usado también con éxito en distintas operaciones. No cree que en los dos casos referidos por el Dr. Bovee, la hemorragia pueda ser atribuída al método.

El Dr. *C. P. Noble* dijo que había empleado el angiotribo de Downes varias veces en la extirpación de úteros cancerosos, quedando muy satisfecho de él. Tiene varias ventajas sobre la ligadura. La ventaja principal de los cepos sobre la ligadura es que después de ligar las arterias uterinas á cada lado, al llegar al plexo vaginal, que es la parte más molesta de la operación cuando se emplean ligaduras, las venas suelen romperse é inundarse de sangre el campo operatorio, lo que exige ligar varios vasos para obtener la hemostasia. Empleando el angiotribo no hay hemorragia.

El Dr. *H. A. Kelly* manifestó que en 1887 vió á Keith, de Edimburgo, extirpar un tumor ovárico con los instrumentos de Skene. El angiotribo de

Downes es más perfecto y produce resultados más satisfactorios; pero aunque útil en la práctica, es indudable que se emplearía menos si los cirujanos prestaran la atención necesaria á las ligaduras. Cree que son utilísimas las ligaduras con seda fina porque previenen la hemorragia de los vasos gruesos y además es un material inofensivo.—F. Toledo.

(*Concluirá*).

PERIÓDICOS

Pleuresía y reumatismo muscular. — El Dr. A. Kirchner refiere haber observado un caso de reumatismo de los músculos torácicos, que fué seguido de una pleuresía serosa; las circunstancias del caso fueron tan singulares que es sumamente probable que hubiese existido relación entre ambas afecciones. Cree el autor que la causa, microbiana probablemente, del reumatismo, llegó á interesar la pleura por la vía linfática. Después de terminada la pleuresía, reaparecieron los dolores musculares.

Cita el autor otros dos casos análogos, y con este motivo aconseja muy encarecidamente que en los casos de dolores reumáticos en los músculos próximos á la pleura no se empleen procedimientos que impliquen movimiento, puesto que pueden acarrear una propagación del proceso. En cambio son muy útiles las aplicaciones locales de preparados salicílicos.

(*Deutsche méd. Wochenschrift*). — R. del Valle.

Acción del bromuro de amonio. — El Dr. F. Charteris deduce de sus experimentos que el bromuro de amonio es más tóxico que el de sodio. Cuando se administra á grandes dosis la acción predominante es debida al amonio, adminístrese el medicamento por la boca ó en inyección subcutánea ó intravenosa; á dosis elevada produce convulsiones y la muerte por parálisis respiratoria. El efecto sobre el corazón aislado de la rana no es muy acentuado, pero en la circulación intacta de los mamíferos la inyección intravenosa de este bromuro aumenta la presión sanguínea, haciendo más lentas y más fuertes las contracciones cardíacas.

(*The Therapeutic Gazette*, 15 noviembre 1905).—F. Toledo.

Acción abortiva del plomo.—El Dr. Hall dice que en estos últimos tiempos ha aumentado mucho en Inglaterra el número de casos de aborto provocado por el uso de medicamentos que contienen plomo. Generalmente se trata de píldoras que habían tomado las pacientes respectivas con un fin puramente medicinal; el aborto suele ir precedido de cólicos muy violentos. En otros casos, las píldoras se tomaron desde luego con un fin abortivo.

La cantidad de plomo contenida en cada píldora es casi siempre pequeñísima; esto no obstante, cuando se usan por mucho tiempo, rara vez deja de observarse el efecto indicado.

(*British Med. Journal.*) — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

SOBRE LA PERCUSIÓN LEVÍSIMA DEL CORAZÓN

POR EL DOCTOR

D. MIGUEL GIL Y CASARES

Catedrático de Clínica médica en la Facultad de Santiago de Galicia.

La proyección topográfica del órgano cardíaco sobre la pared anterior del pecho por medio de la percusión, es problema muy difícil de resolver en la clínica. Sabido es que se admiten dos zonas percutorias en la región precordial: la de matidez completa ó absoluta, ó sea la correspondiente á la pared anterior del corazón no recubierta por el pulmón izquierdo, y la zona de matidez relativa.

La matidez cardíaca absoluta puede marcarse exactamente, supuestas la práctica y la aptitud necesarias por parte del clínico; pero sólo da idea aproximada del volumen del corazón: si éste es pequeño estará más recubierto por el pulmón izquierdo; si el órgano cardíaco aumenta de volumen, ó si se llena de líquido el pericardio, el pulmón será rechazado hacia la izquierda, y la zona de matidez absoluta aparecerá aumentada. Compréndese, sin embargo, que pueden existir estados de enfisema, de condensación pulmonar ó de pleuritis que dificulten la producción de aquellos fenómenos, y, de todas suertes, la proporción entre el área de la matidez completa y la del corazón entero, no guarda relaciones constantes.

De aquí la importancia que siempre se ha concedido á la matidez relativa del corazón obtenida por la percusión enérgica; mas esta percusión es aquí muy difícil de realizar, como, en principio, toda percusión fuerte. Pocos son los clínicos que la ejecutan con la flexibilidad, la brevedad y la ligereza necesarias; abundan más los que *se exceden* al percutir, y golpean el pecho con uno ó varios dedos, ó sirviéndose del plexímetro, como podrían hacerlo el carpintero ó el picapedrero en sus oficios. Sea como quiera, influye mucho además

el factor subjetivo, y, ya por todo esto, ya también por la considerable extensión transversal de las vibraciones, es el caso que los resultados son muy defectuosos. Desde que la radioscopia ha tomado carta de naturaleza en la clínica y, particularmente, desde que Moritz ideó la proyección normal del corazón por medio del utilísimo aparato llamado ortodiascopio — que permite la iluminación por transparencia con rayos paralelos y perpendiculares á la pantalla fluoroscópica — se ha comprobado, de modo fehaciente, que un gran número (quizás un 50 por 100) de las proyecciones topográficas obtenidas por medio de la llamada matidez cardíaca relativa, son absolutamenle inexactas, pues no coinciden ni en sus dimensiones ni en sus formas con las proyecciones röntgenianas que dan el perfil, la silueta exacta del corazón.

Por todas estas razones, son de excepcional importancia los trabajos recientes del profesor Goldscheider, de Berlín, acerca de la percusión cardíaca (1). Después de haber practicado minuciosas investigaciones sobre este tema, el autor antes mencionado afirma y demuestra que la percusión *casi imperceptible* (Schwellenwerts perkussion) es la única capaz de darnos idea del volumen del corazón con tanta exactitud, ó poco menos, como la ortodiagrafía.

Goldscheider se propone sólo determinar *un área* cardíaca: la verdadera. Para ello se aplica la falangeta del dedo (posición digital de Plesch) sobre el espacio intercostal, y se percute con otro dedo tan suavemente que cueste cierto trabajo percibir el golpe, aun teniendo cerca el oído. Reinará, pues, el mayor silencio alrededor del enfermo. La exploración percutoria irá avanzando por los espacios intercostales de afuera á dentro, nunca de arriba á abajo, ni oblícuamente, cruzando las costillas. Aparte de esto, es de suma importancia la manera de practicar la percusión : ésta debe ser *sagital*, es decir, la dirección del golpe ha de ser anteroposterior, paralela al plano medio del cuerpo, y no oblícua ó transversal, frontal, como la que suele hacerse en las partes declives del tórax cuando el enfermo se halla en decúbito supino. Tan importante es este carácter que Curschmann y Schlayer proponen que dé nombre al método de Goldscheider (ortopercusión); pero yo creo que el carácter de la suavidad es aún de mayor interés, y por esto me parece mejor el título que propongo de *percusión levísima*.

Guardando las anteriores precauciones, «si se percute avanzando desde la pared lateral del pecho hacia el corazón, dice Goldschei-

(1) Ueber Herzperkusion (*Deutsche méd. Wochens.*, 1905, núms. 9 y 10).

der, y si la percusión es tan ligera que apenas se percibe el golpe, se extinguirá el sonido desde el instante en que se alcancen los límites del corazón, que yace en la profundidad, ó en otros términos, el tono percutorio será entonces de matidez completa». Esto es lo esencial del método.

Con la percusión levísima, no solamente marca Goldscheider la masa del corazón á la izquierda del hueso esternal, sino también á la derecha del mismo, así como los grandes vasos; mas para ello es menester tener en cuenta las diferentes fases respiratorias.

Se sabe que el corazón disfruta de movilidad pasiva. Esta depende, en parte, de la posición del cuerpo, y en parte, de los movimientos del diafragma, únicos á los que Goldscheider presta atención. El corazón cambia de posición y de forma en las dos fases respiratorias. Durante la inspiración profunda, aparece largo y estrecho en la pantalla fluoroscópica y la punta del órgano se ve libre en el sétimo espacio intercostal. Si la respiración es superficial y el tórax está en posición intermedia, el corazón se ensancha aparentemente hacia la izquierda y su punta se confunde entonces con la sombra que proyecta el diafragma. En la expiración completa, la silueta del corazón se ensancha enormemente, sobre todo hacia la izquierda; la punta del órgano late por afuera del pezón, y la sombra de los troncos vasculares excede á derecha é izquierda la del hueso external. La mayor movilidad respiratoria del corazón corresponde, pues, á su parte izquierda; la menor á la porción derecha y á los troncos vasculares.

Claro está, sin embargo, que esta emigración respiratoria del corazón es, en parte, aparente, pues también depende de los cambios contrarios que experimenta el esqueleto torácico.

Como resultado de sus investigaciones ortodiascópicas, aconseja Goldscheider que, para percutir el límite izquierdo del corazón, se elija la posición respiratoria intermedia, primero, y la inspiración profunda, después; de igual manera se procederá para marcar la parte inferior del límite derecho, mientras que la superior de este lo y la región de los grandes vasos (aorta, vena cava, arteria ulmonar), se percutirán durante la expiración completa.

Los ortodiagramas que presenta Goldscheider demuestran la coin dencia casi perfecta que se obtiene con la percusión levísima y la todiagrafía. Goldscheider percute hallándose el enfermo en decú to dorsal ó algo incorporado, y practica la ortodiagrafía en posi ón vertical del enfermo; pero, como Moritz ha demostrado que el

corazón se reduce de volumen, desciende y cambia de forma al incorporarse el individuo, Curschmann y Schlayer, en un excelente trabajo crítico que confirma los resultados de Goldscheider, aconsejan que se haga la determinación ortodiagráfica en posición supina del enfermo (1).

Los ensayos que yo he practicado en el vivo y en el cadáver, me sorprendieron también por la exactitud con que coinciden las líneas de la percusión levísima y las ortodiagráficas, ó las correspondientes á las agujas clavadas en el pecho. Las determinaciones ortodiagráficas las he hecho hallándose en pié los enfermos, pues nuestro ortodiagrafo (2), modelo Siemens Halske, sólo permite trabajar en plano vertical.

Creo que conviene insistir en lo siguiente: hay bastantes casos de neurosis cardíaca en que el corazón disfruta de una movilidad pasiva considerable. Si los enfermos reposan en decúbito lateral izquierdo, se halla á veces el choque de la punta en las líneas axilares; si el decúbito es supino, desaparece ó se amortigua mucho el choque cardíaco; en decúbito lateral derecho no se encuentra matidez cardíaca á la izquierda del esternón, sino á la derecha, y se percibe el latido en la región del apéndice xifoides; y por fin, cuando el decúbito es ventral, el choque del corazón late en su sitio. He observado, asimismo, que si el enfermo, apoyado sobre el lado izquierdo, separa lentamente el tórax de la cama, incorporándose sobre el brazo, se desvía de nuevo el latido de la punta hacia la línea media, al tiempo que el pulmón izquierdo se llena más. Estos casos de movilidad pasiva del corazón suelen coincidir, según mis observaciones, con atonía y descenso del estómago, estreñimiento, movilidad de la décima costilla y astenia universal. Las molestias cardíacas pueden adquirir gran intensidad (palpitaciones, *falsos pasos*, angina de pecho nerviosa, opresión precordial, etc.), y es relativamente común observar asimismo la neurastenia sexual. Otras veces, la movilidad cardíaca exagerada coincide con lesiones orgánicas del corazón ó de la aorta, y, sea como quiera, el hecho es que si el enfermo no guarda una exacta posición horizontal, podrá desviarse el choque de la punta por emigración del corazón entero y ser motivo de errores en el diagnóstico. Conviene, pues, tenerlo en cuenta.

Tanto Goldscheider como Curschmann y Schlayer afirman que

(1) *Deutsche med. Wochenschrift*. 1905, núms. 50 y 51.
(2) Gabinete Röntgen de la Facultad de Medicina de Santiago.

con la percusión cardíaca levísima puede determinarse el volumen del corazón aun en casos de enfisema; pero, como indican los dos últimos autores, la zona de matidez cardíaca suele descender bastante en estos casos, y es preciso saber dónde se ha de buscar, pues de otra suerte podríamos suponer que su determinación no es factible cuando hay enfisema de los pulmones.

***

En realidad, la percusión levísima, casi imperceptible, no es nueva, y el mismo Goldscheider lo reconoce noblemente. Entre otros autores, Turban, conocido médico de Davos, había insistido sobre la exactitud con que puede limitarse el área cardíaca empleando una percusión muy suave. O. Rosenbach, en su *Grundrisz der Pathologie und Therapie der Herzkrankheiten* (1), dice lo siguiente: «Los límites de la matidez relativa (del corazón) se encuentran con menos exactitud; se aconseja emplear la percusión fuerte para que las sacudidas lleguen á las partes que yacen profundas por debajo del pulmón. No puedo estar conforme con este parecer, que depende del desconocimiento de las causas de la matidez cardíaca. No se trata, en efecto, de hacer vibrar el corazón, sino de producir vibraciones en la pared torácica ó en los órganos pulmonares que sean apagadas por el corazón, órgano que vibra con dificultad. Por consiguiente, debemos recomendar una percusión muy débil y, á ser posible, palpatoria».

Sahli, en su excelente y bien conocido *Tratado de los métodos de exploración*, dice lo que sigue (2): «Para que sea posible la percusión topográfica es condición precisa localizar el golpe percutorio. Resulta evidente que si los límites que se buscan son superficiales, esto es, si yacen bajo la pared del cuerpo, será lo mejor recurrir á una percusión tan suave como sea posible. Al percutir con fuerza, se transmitirán las sacudidas más allá de los límites que se buscan, y se obtendrá una mezcla de sonidos. Por esta razón, para determinar los límites superficiales es regla general percutir tan suavemente como sea posible, y para saber que la percusión es bastante suave, *es buen dato el que no se perciba ya ningún sonido sobre las partes que lo producen mate*. Desde que se cruzan los límites existentes entre los órganos sin aire y los aireados, la misma intensidad de percusión produce un sonido intenso muy perceptible. De este modo

(1) Citado por Goldscheider.

(2) H. Sahli, Lehrbuch der klinischen Untersuchung-Methoden, 1902, pág. 150.

se percute, por ejemplo, el límite inferior del pulmón derecho sobre el hígado».

Las ideas de Weil sobre los resultados de la percusión profunda serían, pues, erróneas. Sabido es que Weil opina que la matidez relativa del corazón no depende de la vibración simultánea de éste y de la capa pulmonar que lo recubre, ni tampoco del apagamiento de las vibraciones pulmonares al contacto del corazón, de igual manera que nosotros extinguimos el sonido de una campanilla aplicándole la mano. Para Weil, la matidez relativa del corazón no es resultado de la presencia de éste bajo la parte que se percute, sino del espesor cada vez menor de la masa aireada que lo recubre, del diámetro, en una palabra, de la esfera acústica eficaz (*akustische Wirkungssphäre*). De aquí, según Weil, que la matidez relativa del corazón carezca del límite preciso, lineal, pues el tránsito es insensible é influye mucho el factor subjetivo en su determinación. Los trabajos de Goldscheider parecen demostrar que la opinión verdadera es la de Rosenbach, antes citada.

A mi entender, la principal ventaja del método de Goldscheider, aparte su exactitud, estriba en que no exige del clínico oído musical: no se trata, en efecto, de la apreciación de cambios sutiles del tono percutorio, sino *de oir ó no oir*.

«Compadezco, decía Skoda hace más de sesenta años, á los que hayan leído todo lo ya escrito sobre la auscultación y percusión». El método de Goldscheider, ¿será uno de tantos como se han ideado, ó es el verdaderamente exacto? Yo así lo creo; pero hay que esperar el fallo definitivo de la Clínica.

PSICASTENIA ALUCINATORIA

POR EL

DOCTOR D. VICENTE OTS Y ESQUERDO

Neurólogo y Mentalista de Madrid.

Las instructivas publicaciones que Janet, Raymond, Regis, Pitres y otros neurólogos y mentalistas han dedicado á la construcción de la nueva forma nosológica, bautizada con el nombre de psicastenia, le dan un interés grandísimo de actualidad y se prestan á prolijas consideraciones y reflexiones, más apropiadas al amplio perímetro

del libro, que abordables en el reducido marco de la prensa profesional.

Por este motivo no nos detendremos á examinar los lazos de parentesco de estas psiconeurosis con los delirios emotivos de Morel, ni los síndromes episódicos degenerativos de Magnan, ni las psicosis degenerativas de Krafft-Ebing, ni la paranoia rudimentaria de Morselli, ni la histerohipocondría de Meynert, ni la neurosis angustiosa de Freud, ni la localización neurasténica del vago y simpático de Hecker, ni con la expresión elemental de degeneración cerebral de Tamburini, ni mucho menos con la neurastenia, histerismo, epilepsia y demás neurosis, imitando el ejemplo de Janet al colocar á la psicastenia entre el histerismo y la epilepsia, como uniendo ambas neurosis, y avecindándose en la proximidad de la neurastenia y algunas paranoias, para no desmentir el parentesco ó cuando menos común origen con la enfermedad de Beard y la vesania de los alemanes.

Ocurre con esta creación psiconeurósica un fenómeno similar al ofrecido por la primitiva monomanía razonadora de Esquirol, transformada y modificada después en locura lúcida, parcial, moral, consciente, etc., por diversos mentalistas y por ninguno individualizada y aislada, hasta el extremo de convertirla en especie nosológica indubitable. Nebulosa de la medicina mental condenada á cambiar de ropaje cada vez que el análisis clínico hizo jirones, con su imparcial crítica, el vestuario ilusorio con que antes la adornaron, ha quedado convertida en nuestros días en noción histórica, por todos conocida y por ningún clínico mantenida. Acaso la psicastenia se vea obligada con el tiempo á secundar la caducidad de esta psicopia, con lo cual no hará otra cosa sino imitar á uno de sus progenitores.

Pero dadas las movedizas é inestables bases sobre que se asienta en la actualidad la noción patogénica de las neurosis, no hay otro remedio que transigir, aunque sólo sea provisionalmente, con la creación de esta psiconeurosis, porque con su aceptación va aparejada la disociación y especialización de determinadas características psicológicas hasta poco há involucradas con afectos neuro ó psicopáticos poco afines; y si el convencionalismo nosológico, encubridor de nuestra ignorancia, retuvo por mucho tiempo en terreno estéril una planta exótica no aclimatable, con mayor derecho podemos mantener la innovada diferenciación neurológica, ya que con ellas nos aproximamos más á la realidad clínica y nos propor-

ciona un punto de mira, un nuevo horizonte apropiado y factible de positivas é indestructibles creaciones nosológicas.

Y esta transacción acomodaticia se impone con mayor razón cuando, como en el caso presente, nos proponemos bosquejar una nota clínica involucrada por muchos dentro del proteo de la neurología, el histerismo, y de cuyo síndrome la separan sus más importantes y significativas expresiones morbosas psicológicas, no explicables, amoldadas, ni menos razonadas dentro del automatismo subconsciente, sugestibilidad y reducción del campo de la conciencia, patognomónicos de la neurosis bautizada impropiamente por la creencia imaginativa de Platon y perfectamente explicables, lógicas y aceptables dentro del síndrome mental de la psicastenia. Como que el síntoma culminante de esta enferma, la alucinación consciente, no puede, en nuestra opinión, filiarse en otra afección que la psiconeurosis, según intentaremos probar al ocuparnos de ella.

Trátase de una enferma de treinta y tres años, casada y sin ningún precedente neuro ó psicopático, que durante un viaje de recreo hecho con su marido, para reponerse de una tenaz afección gripal, y estando en una fonda de una capital de provincia, oyó á unos huéspedes dudar de la realidad de su matrimonio. Desde este momento se impuso en su espíritu la duda de ser tomada como querida de su marido, y de tal modo la preocupaba y obsediaba este temor, que se pasaba la noche en completa agripnia, apenas se alimentaba y miraba con extraordinaria desconfianza á cuantos la rodeaban.

Acentuóse rápidamente este estado de excitación psíquica, hasta el extremo de revestir las proporciones de una locura, presentando á los diez días de iniciada la enfermedad el siguiente síndrome.

Cuatro síntomas culminantes se destacaban con notable relieve del cuadro morboso ofrecido por esta enferma: la aprosexia, agripnia, alucinación y agitación. Como quiera que la interpretación fisiopatológica de estos síntomas nos aclara perfectamente la índole y naturaleza del padecimiento mental, á ellos dedicamos preferente atención.

La aprosexia de Guye revestía la forma más atenuada de abulia intelectual, limitando sus manifestaciones á hacer incomprensibles ó al menos dudosas la mayoría de las impresiones aportadas por la vista y el oído. Cuando por el interés de las recomendaciones que se le hacían se veía obligada á prestar un exceso de atención, de-

terminábase invariablemente un malestar indescribible, acompañado de sensaciones molestas, y finalizado generalmente con un acceso de angustia.

Coexistían con esta abulia diversas obsesiones, entre las que predominaban la nosofobia y tanofobia, y que por considerarlas factores secundarios en el juicio diagnóstico, ya que todas son patrimonio de la mayoría de las psiconeurosis, no nos detendremos á analizarlas, ni menos á exponerlas detalladamente.

El insomnio era completo, no permitiendo descansar á la enferma más de una hora durante todo el día, y acaso esta falta de hipnosis fuese la responsable de la agitación física y mental que constantemente la dominaba, porque en cuanto la proporcionamos algunas horas de sueño, cesó en absoluto la excitación.

A la alucinación vamos á dedicarla más amplio espacio, porque asume la clave de la solución del problema diagnóstico.

Lo que más la preocupaba y torturaba eran las constantes alucinaciones del oído, de índole vejatoria, que no llegaban á formar parte de sus convicciones, porque, á pesar de la claridad con que estas voces impresionaban su centro psicocortical acústico, se daba cuenta exacta de la falsedad de dichas incitaciones sensoriales, no las aceptaba como reales y las consideraba consecuencia natural de su excitación nerviosa, carácter éste importante, que nos hizo dudar desde el primer momento de la filiación histérica de la perturbación mental, en atención á que estos neurósicos aceptan siempre las erróneas impresiones sensoriales producto de la alucinación, las conceden gran preponderancia en las elaboraciones psíquicas y contribuyen eficaz y poderosamente al arraigo de una convicción delirante en armonía con la naturaleza de la falsa percepción sensorial. Siendo, pues, extraña y opuesta á estas condiciones la característica psicológica de la alucinación, por fuerza teníamos que buscar su base nosológica en otra afección que el histerismo.

Existían al propio tiempo alucinaciones de la sensibilidad general, comparadas por la enferma á descargas eléctricas, y entre éstas tenía mayor relieve la alucinación genital, que determinaba en la enferma idéntica sensación y efectos á los experimentados durante la cópula. De depender esta perturbación sensitiva del histerismo, la enferma la habría aceptado como acto real, y de esta falsa convicción hubieran derivado acusaciones é imputaciones contra las personas que la rodeaban, acaso causantes de discordias y difamaciones; pero dado el carácter de estas alteraciones sensitivas,

comprendía sobradamente se trataba de una impresión morbosa y errónea y se limitaba á lamentar la existencia de tan anómala sensación.

La existencia de impulsiones conscientes, abortadas en la fase de iniciación, lucidez mental, carencia de toda convicción ó concepto delirante, anorexia y agitación, completan los rasgos primordiales del cuadro sintomático por nosotros comprobado.

Réstanos, para completar el síndrome, el consignar algunos síntomas negativos, en atención á que el precedente morboso de la presente psicopatía puede inclinar el diagnóstico hacia las locuras infecciosas.

El hecho de que en la convalecencia de una fiebre infecciosa se determine un trastorno mental, constituye para muchos clínicos un fundamento de su índole toxínica, y aunque la mayoría de las veces el síndrome confirma este prejuicio, en otras, como ocurre en esta enferma, lo contradice, y entonces estamos en el caso de rechazar semejante diagnóstico.

Ni la cefalea, temblor fibrilar, orinismo, confusión mental, ni absolutamente ninguno de los indicantes somáticos y psíquicos de las locuras infecciosas se registraban en esta enferma, y por lo tanto, no podíamos incluirla dentro del grupo de las frenopatías tan bien estudiadas y descritas por Regis, sino que teníamos que reputar á la preexistente infección gripal como uno de los tantos factores etiológicos secundarios que, al debilitar el organismo, consintieron se evidenciase el desequilibrio cerebral innato y latente, sin que fuese posible pensar en el supuesto de que la invasión del riego sanguíneo cerebral por las toxinas del bacilo de Pfeiffer asumiera la menor culpabilidad de la presente perturbación mental.

Por el breve diseño trazado se comprende que esta enferma no puede filiarse lógicamente dentro del histerismo, ya que la naturaleza de las alucinaciones é impulsiones se oponen á semejante intento. La característica consciente de éstas, en virtud de la cual la paciente rechaza de plano las falsas percepciones acústicas, considerándolas producto erróneo de su excitación nerviosa y no concediéndolas participación ni intervención en sus deliberaciones preparatorias del convencimiento mental, constituyen, según nos ha enseñado Janet, una condición importantísima de las afecciones psicasténicas, no observada, por otra parte, en las de índole histérica.

La circunstancia de que en las impulsiones concurría el mismo

carácter de conscientes, dándose la enferma perfecta cuenta de su génesis y demostrando suficiente voluntad para dominarlas, contribuyeron más á arraigar en nuestra convicción el juicio diagnóstico de psicastenia, máxime dada la falta de amnesia, subconciencia y otras lagunas psíquicas, patrimonio, si no exclusivo, al menos frecuentísimo en los afectados histeriformes.

Dado el objetivo exclusivamente diagnóstico de esta nota clínica, nada diremos del curso del padecimiento y del tratamiento empleado, por ser extraño á nuestra finalidad, encaminada únicamente á hacer resaltar los rasgos clínicos diferenciales de afectos que todavía se involucran y confunden con una neurosis similar, de la cual deben ser disociados y aislados.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Sobre el mecanismo de la herencia.—II. Las fábricas de Krupp y sus instalaciones higiénicas.—III. Modificación en el modo de instalar los puestos de socorro en campaña.—IV. Lesiones reflejas cardíacas de origen olfatorio.—V. La protección á los obreros: acuerdos de la Conferencia internacional.—VI. El meningococo y la meningitis cerebro-espinal epidémica.—VII. Valor relativo del pan blanco, del moreno y del completo.

I. Del problema de la herencia deben ser eliminados dos procesos que la hacen más confusa y que nada tienen que ver con ella: 1.°, el paso directo de los padres á las células germinativas ó al embrión de agentes patógenos, tales como los microbios; 2.°, las alteraciones que sufren las células germinativas bajo la acción de los venenos ó de los productos de cambios anormales cuando hay en el organismo de los padres una tara susceptible de engendrar substancias de esta naturaleza. Eliminados estos dos procesos, E. Ziegler, de Jena, estudia la herencia propiamente dicha (XXII Congreso alemán de Medicina interna, 1905).

La herencia de los organismos primitivos (protistas) es distinta de la herencia de los más elevados, animales y vegetales. En aquéllos la multiplicación se hace, ante todo, por simple división celular,

mientras que en los metazoarios la formación de nuevos individuos incumbe á células especiales, células machos y células hembras. Sólo ellas son los «portadores de la herencia». Las propiedades de estas células son muy análogas en el reino vegetal y en el animal, y lo que sigue tiene el mismo valor para ambos y es tal vez directamente aplicable al hombre.

Como todos los núcleos, los núcleos de estas células contienen cromosomas. En la carioquinesis aparecen granos fáciles de teñir; estos cromosomas tienen una forma precisa y son de un número determinado. Tienen, por tanto, capital importancia en la herencia.

La célula hembra contiene tantos cromosomas como la célula macho, y por esto tienen la misma influencia hereditaria el padre que la madre. La célula de donde deriva el organismo en formación, el óvulo fecundado, recibe del padre la mitad de cromosomas y la mitad de la madre. La división celular continúa haciendo que persista el hecho, de modo que cuanto se diga del óvulo fecundado es rigorosamente aplicable al conjunto de células del organismo.

La mezcla de cromosomas paternos y maternos influye, pues, en todo el organismo que se está formando, y de aquí la mezcla de las cualidades del padre y de la madre. El efecto de esta mezcla (*amphimixis*) se ve muy claro cruzando animales de especies diferentes ó variedades distintas de la misma especie. De este modo los descendientes tienen casi siempre propiedades de los dos elementos, pero á las veces hay reversión hacia un abuelo (paterno ó materno) ó hacia formas ancestrales lejanas (atavismo). La ley de Mendel se refiere á una reversión particular; se le ha dado mucha importancia en estos últimos tiempos.

Para explicar los fenómenos hereditarios es preciso, ante todo, estudiar todo lo relativo á los cromosomas, y en especial el proceso en virtud del cual llegan á madurez las células macho y hembra. Por una parte, la célula madre forma, una vez madura, los glóbulos polares; por este hecho salen del óvulo cuatro células, tres muy pequeñas y una muy grande; también salen del espermatoblasto cuatro células machos.

Los cromosomas se conducen del mismo modo en los dos sexos: constituyen grupos de cuatro (tétrades), viniendo dos de los granos del padre y dos de la madre.

Llegado el óvulo á la madurez, recibe uno de estos granos, y el espermatozoide recibe otro, es decir, que cada uno recibe un cuarto de cada tétrada (proceso de reducción).

Las células germinativas (óvulos ó espermatozoides) de un individuo pueden, pues, diferir mucho entre sí, sea que contengan más cromosomas paternos, sea que predominen los maternos; pero en todo caso, el número total no cambia.

Las diferencias que vemos en los hijos de los mismos padres se explica por efectuarse las más variadas combinaciones en cada nueva fecundación. Si en una de las células germinativas prevalecen mucho los cromosomas paternos ó los máternos, se comprenderá que se vuelva al abuelo paterno ó materno.

La constitución de un hombre y la predisposición á ésta ó aquélla enfermedad que de ella depende, es heredada de los antepasados. En esto nos encontramos otra vez la mezcla de las predisposiciones paternas y maternas y con frecuencia la reversión hacia un abuelo. Todas las formas del cuerpo y las modalidades del espíritu dependen de la herencia, que tiene el poder de una ley natural. (*La Méd. orientale*, 1905).

II. Las fábricas de Krupp, fundadas en Essen (Prusia) en 1810, tienen hoy un personal de 48.000 individuos, y añadiendo los deudos, resultan 150.000 habitantes, todos los cuales moran en una dependencia de la Sociedad Krupp.

Creadas importantes instituciones de socorro y previsión, que facilitan la existencia de una gran población, hay hoy construídas unas 6.000 casas obreras y alojamientos agrupados en colonias ó aislados en medio de pequeños jardines. El alquiler anual es de 90 á 400 marcos.

Hay, además, asociaciones para la venta de comestibles, en las que están empleados los obreros viejos ó sus familias, para la producción de varios artículos, hielo, por ejemplo, para la asistencia médica (asistencia domiciliaria, hospital, lazareto y sanatorio), cajas de retiro, escuelas primarias y profesionales, bibliotecas públicas, sociedades esportivas, restauranes, etc. (*Zeits. des Oesterreichischen Ingenieur Vereines*, 1905).

III. El médico militar francés Dr. Bonnette propone una modificación interesante en la instalación de los puestos de socorro en campaña (campo de batalla). El reglamento formula cuándo y cómo deben ser establecidos, recomendando en este último concepto evitar las habitaciones y no ocupar las construcciones ligeras, por peligrosas, á menos que no estén muy protegidas por paredes suficientemente gruesas. Delorme amplía lo consignado diciendo que deben estar en cuanto sea posible al abrigo de los proyectiles, fuera de los

puntos estratégicos, detrás de un abrigo (montículo, pliegues del terreno, casa) y lejos de los muros de piedra seca, de los terrenos pedregosos y de los pelotones de árboles, cuyas ramas rotas pueden ser nocivas.

En resumen, dice Bonnette (*Gaz. des hôp.*, 1905), estos puestos de cura han de instalarse al *aire libre*. ¿No sería útil proteger del sol y de la lluvia al personal médico, á los heridos y al material de cura?

Bonnette propone, utilizando el coche médico, colocar á uno y otro lado de éste una tienda pequeña, la de un lado para la mesa de curas y la del otro para el personal y los heridos viscerales. Sería más sencillo este método si el coche tuviera una doble tela de cubierta, y sería para los puestos de socorro lo que las tiendas *Tortoise* para las ambulancias.

IV. Joal, de Mont-Dore, que ya ha tratado de las varias neurosis reflejas de origen olfatorio, ya relativos á los órganos respiratorios (fluxiones laríngeas, afonías, toses espasmódicas, accesos de asma, brotes de congestión bronquial), ya á las vías digestivas (vómitos, diarrea, ptialismo, esofagismo), expone nuevas observaciones relativas al corazón. (*Revue hebd. de Laryngol.*, 1905).

Se acepta generalmente y desde hace tiempo el síncope olfatorio. Dejando los casos más antiguos, mencionaré: el de Chevalier (*Ann. d'Hygiène*, 1865), de una señora que perdió el conocimiento por dormir la siesta cerca de una cesta de flores frescas y muy olorosas; los de Spring (*Symptomatologie*, 1866), en que el agente causal fueron el almizcle, queso, manzanas, lis, reseda, rosa, aun no repugnando á varias de las personas afectadas; los de Béclard (*Traité de Physiologie*), que los atribuye lo mismo á los perfumes suaves que á los fuertes; los de Dujardin-Beaumetz (*Dict. de Thérap.*), que refiere hechos en que intervienen las rosas ó las violetas; los de Poinsot (*Dict. Jaccoud*), quien refiere que dos personas de la misma familia caían en síncope por un perfume cualquiera, etc.

Joal ha reunido 14 observaciones en las que hay síncope, palpitaciones, angustia, dolor precordial, falsa angina de pecho, provocados sea por las flores (lila, rosa, lis, heliotropo, verbena, jazmín, mimosa), ya por los perfumes que la industria prepara (almizcle, ambar, patchouli, ilang-ilang, etc.), ya por otras materias muy distintas (trementina, barnices, ácido fénico, cloroformo, petróleo, grasas, aceites, asfalto, cuerno en combustión, gas del alumbrado, resíduos de la fabricación del azúcar, lino y cáñamo durante el curamiento, etc.). El autor admite en estos casos el origen nasal con

trastornos de la pituitaria (estornudos, flujo seroso, etc.), á los que siguen ó acompañan los cardíacos.

V. La Conferencia internacional para la protección de los obreros ha aceptado los siguientes acuerdos:

1.° A partir de 1.° de enero de 1911, queda prohibido fabricar, introducir y poner á la venta cerillas que contengan fósforo blanco.

2.° La ratificación de este acuerdo debe hacerse antes del 31 de diciembre de 1907.

3.° El Gobierno del Japón será invitado á prestar su adhesión antes del 31 de diciembre de 1907.

4.° Este acuerdo será puesto en vigor cuando haya sido aceptado por todas las naciones concurrentes á la Conferencia y por el Japón.

VI. La mortífera epidemia de meningitis cerebro-espinal de 1904 iniciada en Alemania, extendida á Silesia, Hungría, etc., ha llamado la atención sobre el meningococo.

Descubierto, en 1887, por Weichselbaum, quien le llamó *diplococcus intracellularis meningitidis*, y considerado al principio como un parásito accesorio, no específico, ocupa hoy el primer puesto en la etiología de esta afección. Su historia, todavía no completa, puede sintetizarse en lo que voy á decir:

. Extraído el líquido cefalorraquídeo por punción lumbar y centrifugado, se obtiene el meningococo, situado generalmente en el interior de los leucocitos polinucleares. Es un diplococo regular, semejante por su volumen y forma al gonococo, y como éste aplanado por las caras en contacto, no en forma de riñón; en una misma preparación los tamaños son distintos. En el pus está envuelto, no en una cápsula como el pneumococo, sino en una aureola que se tiñe mal; ésta rodea los diplococos aislados, así como las tétradas y pelotones. Se tiñe este microbio con todos los colores de anilina, y más los pequeños que los grandes. Los cultivos, fáciles, condujeron á admitir dos tipos: uno siempre decolorado, el de Weichselbaum, y otro que resiste intermitentemente á la decoloración, el de Jager Heubner; pero esta distinción no es hoy aceptada.

El meningococo en los cultivos es poco resistente; muere por sí sólo después de algunas siembras sucesivas; no se desarrolla más que de 35 á 39°; sucumbe á 65° á la media hora, á 80° en algunos minutos é inmediatamente á 100°, así como en hielo en menos de cuarenta y ocho horas. Conservado en la estufa no pasa de seis días, siendo necesario resembrarlo cada dos días para conservarlo. Los antisépticos lo atacan fácilmente: el sublimado al 1 por 1.000 lo

destruye en un instante, el formol al 1 por 100 en diez minutos y el lisol al 1 por 100 en uno. La desecación acaba con él en pocas horas y más pronto si interviene la luz solar. Cuando el microbio está en los humores y órganos de los animales que sucumben á la meningitis, su resistencia es mayor que en los cultivos.

Las inoculaciones experimentales han dado largo tiempo resultados dudosos. Weichselbaum produjo una infección clara en el ratón blanco mediante inyección peritoneal, pero empleando grandes dosis de cultivos y con efectos no constantes; Bonhoff y Griffon, en el conejo por inyección intravenosa; Heubner en la cabra, inyectando un cultivo por punción lumbar, obtuvo un caso típico; Albrecht y Gohn no pudieron matar los conejos ni inoculando en el peritoneo, ni bajo la duramadre, y sí una vez por inyección subcutánea; Lepierre, con cultivos prolongados en caldo y con pasos sucesivos por conejos, obtuvo un virus que mataba á este animal en diez horas á la dosis de un centésimo de milímetro cúbico.

Vansteenberghe y Grysez, autores del trabajo en que me ocupo (*Le méningocoque et la méningite cérebro-spinale expérimentale.— L'Echo méd.*, 1905), valiéndose de un meningococo tomado de un enfermo que murió en dos días de meningitis superaguda, obtuvieron un microbio muy virulento, con el cual han reproducido la enfermedad en diversos animales de varias maneras (meninges, venas, peritoneo, pleura y bajo la piel), pero no lo lograron tomando como puerta de entrada las fosas nasales, el conducto auditivo y la conjuntiva, ni filtrando á través de la bujía de Chamberland.

En tiempos de epidemia es fácil comprender cómo podemos infectarnos. La enfermedad, al contrario de lo que algunos sostienen, es eminentemente contagiosa: así se disemina con rapidez y así la conducen los soldados por donde quiera que van. El contagio puede ser por contacto directo (médicos, enfermeros), por los vestidos (Kolhmann), por los parásitos animales (picaduras de pulgas, Verill) y por el hombre sano, como prueba el existir el meningococo en las fosas nasales de individuos que han estado en contacto con los infectos (Schiff y Jager).

Pero estos hechos no explican los casos esporádicos ni el primero de una epidemia. Se sabe que en las fosas nasales de individuos sanos hay un microbio muy semejante al meningococo; normalmente virulento, como el pneumococo de la boca ó de las amígdalas, puede en ciertas condiciones hacerse más virulento é infectar. Fácilmente *fagocitado*, los leucocitos lo transportan á las vías linfáticas y así

llegan á los espacios subaracnoideos. De este modo se comprende la influencia de las epidemias de grippe sobre el desarrollo de las meningitis, su aparición durante el invierno, época de infecciones nasales.

Algunos, como Pinto, dadas las conexiones entre el meningococo y el gonococo, opinan que es un solo microbio y que la meningitis cerebro-espinal es una localización de la gonococia; pero todavía no se puede afirmar esto como definitivo.

VII. Están de acuerdo los higienistas: cuanto más blanco es el pan, menos gluten y fósforo contiene. Esto ha producido una reacción excesiva, y se ha aconsejado el pan de trigo completo, inclusa la envoltura.

Girard (*Acad. des Sc.*, 1905) deduce de sus experimentos que la envuelta debe ser rechazada, porque sólo posee un insignificante valor alimenticio. Previa una alimentación especial en la que entraban polvo de carne, gelatinas y caldos, ingiere salvado lexiviado, libre de sus principios solubles, y salvado en substancia sin división preliminar ni masticación. De estos experimentos saca la conclusión apuntada.

Para prevenir la objeción, fundada en los experimentos de Pauw low, de que los jugos digestivos no estaban suficientemente adaptados á la digestión de las materias vegetales, dice que es vegetariano desde hace más de tres años, y que durante varias semanas se sometió á un régimen vegetal que sólo le proporcionaba lo suficiente para mantener el equilibrio nitrogenado. En su concepto, el pan completo no tiene ventaja alguna sobre el moreno, no proporciona ácido fosfórico asimilable y hace descender la proporción de urea en vez de aumentarla. Tiene, además, el inconveniente de aportar una cantidad de restos que irritan el intestino y entorpecen la asimilación de los otros alimentos. El pan de munición, por el contrario, es superior al blanco, sin tener los inconvenientes del completo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 3 de Febrero de 1906 (1).

El Dr. *Sánchez Rubio* da lectura á parte de su trabajo de «Bibliografía médica», que comprende 5.000 títulos, con todos los detalles concernientes á autores, número de páginas, grabados, fechas, etc., etc.

Prefilaxis de la tuberculosis.—El Dr. *Larra* manifiesta su conformidad con lo expuesto por el Dr. Tolosa Latour en la sesión última, respecto al niño, en cuanto al uso de la leche esterilizada y la educación de las madres y personas encargadas de la asistencia infantil, toda vez que las buenas condiciones de la lactancia pueden hacer inmune al niño para el desarrollo de la tuberculosis, ó cuando menos le ponen en buenas condiciones de resistencia y defensa orgánica; pero que si bien está conforme con el uso de la leche esterilizada, cree que en su administración debe irse con gran prudencia para evitar al estómago del niño estados patológicos que, si son pasajeros, en ocasiones son de consecuencias graves y aun funestas. Opina que tan peligrosa es para el niño la alimentación insuficiente que suele dársele por la clase pobre, como la excesiva á que muchas veces se le somete cuando se trata de familias acomodadas.

Considera el ejercicio físico al aire libre como un gran medio profiláctico, no solamente por la robustez que proporciona, sino por el aire puro que lleva á los pulmones, y en este sentido muestra su satisfacción por haber iniciado el establecimiento de las escuelas de ejercicios físicos sostenidas por la patriótica Sociedad de *Tiro Nacional*.

Respecto á los sanatorios, con relación á los niños, cree que en unos casos debe darse la preferencia á los marítimos, como el fundado en España por el Dr. Tolosa Latour, dirigido á evitar que el escrofuloso se convierta en tuberculoso, y en otros casos están más indicados los de montaña, siempre que ésta no sea demasiado elevada, mostrándose, sin embargo, más partidario de estos últimos cuando á la altura se una un clima tónico y se trate de formas atónicas.

Muéstrase también el Dr. Larra entusiasta partidario de las colonias agrícolas, que son un gran medio profiláctico, por las mismas razones que la gimnasia al aire libre, de que ya se ha ocupado.

En cuanto á si es conveniente ó no enterar al tuberculoso de la enfermedad que padece, cree que, por razones de humanidad, debe ocultársele, pero sí hacerle creer que está propenso á dicho estado morboso, para que el temor le haga más obediente al médico y más escrupuloso cumplidor de sus prescripciones.

Añade que la profilaxis en el ejército es muy distinta á la del elemento

(1) Primera del presente curso.

civil, porque en éste no puede hacerse como en aquél una selección bien entendida que da por resultado, no sólo que la mortalidad por tuberculosis no sea exagerada en las tropas, sino que se evite el contagio de individuos que por su edad están en buenas condiciones para adquirir la enfermedad, lamentando que en nuestro ejército se haga dicha selección con menos cuidado que en la mayor parte de los ejércitos extranjeros, lo cual no es, en modo alguno, debido al Cuerpo médico, cuyo celo y competencia son dignos de los mayores elogios, sino á los defectos de organización legal, y especialmente á nuestra ley de reclutamiento en lo referente al cuadro de exenciones por inutilidad física, y porque no se dan al médico, en Diputaciones y Ayuntamientos, todos los elementos necesarios para hacer el examen de los reclutas con las necesarias garantías de éxito.

Sigue diciendo que en el ejército español, la tuberculosis ha sido hasta hace pocos años una de las enfermedades que han producido mayor mortalidad, pero que, merced á los trabajos y consejos de los médicos militares, se ha entrado por buen camino, teniéndose mayor cuidado, no sólo en las operaciones de reclutamiento, sino en la elección de individuos para las diversas armas é institutos, por cuya razón ha disminuído la mortalidad por tuberculosis, como lo prueba el que durante varios años ha sido de 2'30 como máximo y 1'58 ó 1'72 como mínimo, y en 1903 esta mortalidad sólo fué de 0'72, esperando que resultará menor en 1904, cuyas estadísticas aún no están terminadas.

Señala después el Dr. Larra el hecho de que la morbilidad y mortalidad por tuberculosis es mayor en aquellas regiones que están sujetas á grandes diferencias de temperatura, señalando las cifras diferenciales entre Burgos, Santander, Valladolid, León, Galicia, Andalucía, Valencia, Baleares, Canarias y costa Norte de Africa, en donde, á pesar de las pésimas condiciones higiénicas, la morbosidad por tuberculosis es inferior á la de la Península, especialmente en la meseta central, Norte y Noroeste de España.

Aludió á uno de sus discípulos más predilectos, el Dr. González Deleito, cuyo reciente trabajo sobre la *etiología y profilaxis de la tuberculosis en el ejército*, es digno de verdadero elogio.

Continúa exponiendo el Dr. Larra que para la profilaxis contra la tuberculosis hace mucho el cuidado en las casas y en las calles, y sobre todo la «guerra al esputo», merced á la cual la mortalidad por tuberculosis ha descendido en Méjico, según un escritor americano, en un 50 por 100. Que en este sentido no basta el uso de las escupideras y otros procedimientos recomendables, mientras no se evite que los gérmenes de la enfermedad vayan mezclados al aire, denunciando á este propósito el modo que tienen de recoger las basuras los dependientes del Municipio, que bien entrada la mañana, cuando las calles están ya bien concurridas, hacen la recogida arrojando al carro con las palas ó esportillas la basura, de modo que se esparcen por el aire los gérmenes perniciosos.

Respecto á la extensión geográfica de la tuberculosis afirma no haber ningún país, región ni comarca libre de ella; y que si bien Mogador estuvo mucho tiempo reputado como lugar inmune, y así se hacía constar en un trabajo publicado en 1875 por el Dr. Olive (francés), opinión confirmada también por otros distinguidos médicos, durante la excursión que hizo

el Dr. Larra por nuestras posesiones de Africa y Marruecos, tuvo ocasión de oír asegurar al distinguido médico militar Dr. Alcaide que en Mogador había bastantes tuberculosos, pudiendo enseñarle, si quería convencerse por sí mismo, bastantes casos evidentes de tuberculosis.

Manifiesta que, dada esta universalidad de la tuberculosis, es menester que en todas parte se implante una rigurosa profilaxis, y que en ningún sitio deben descuidarse el médico y el higienista en su lucha contra esta enfermedad.

Termina el Dr. Larra manifestando que la tuberculosis es la plaga de los siglos XIX y XX, pero que, así como hubo otras plagas que han ido disminuyendo, también ésta podrá llegar á aminorarse, merced á la profilaxis, y que quizá no sería imposible que llegara una época en que no exista la tuberculosis.

SOCIEDAD GINEGEOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 24 de Enero de 1906.

Un caso de histerectomía vaginal.—El Dr. *Castillo Ruiz* da cuenta del siguiente caso clínico: Se trata de una señora de cuarenta años, pluripara, que hará próximamente un año se presentó en mi consulta quejándose de metrorragias y demás trastornos que constituyen el síndrome uterino. Examinada, reconocí la presencia de un fibroma movible del tamaño de la cabeza de un feto, sin que fuera de su aparato genital hubiese nada que me llamara la atención á excepción de un bocio.

Practiqué á la enferma la histerectomía vaginal, según el método de Doyen, y, aunque no muy partidario de dejar colocadas pinzas, me ví obligado á ello, pues urgía terminar pronto el acto operatorio, según aviso del cloroformizador.

A los seis días de operada sufrió una bronquitis capilar, de la cual curó, y catorce días más tarde, una parotiditis, que cedió pronto á unos fomentos calientes que se le aplicaron.

El caso es verdaderamente típico, de los que reclaman una intervención por la vía vaginal, y digo esto, porque hoy que poseemos la antisepsia, se abusa sin motivo justificado de la vía abdominal, y creo que no debe abandonarse la vaginal cuando estas operaciones son factibles por ella.

Respecto de este punto, se han emitido muchas teorías y establecido muchas reglas, y entre éstas, la de Péan, que consideraba que todo tumor que no rebasara la línea umbilical, debía extraerse por la vagina, y otros sugestionados por los procedimientos del Dr. Doyen, le siguen en todos sus detalles, sin tener en cuenta que este ilustre cirujano posee cualidades excepcionales y particulares que no reunen los demás; por esto, creo debe seguirse el consejo del Dr. Fargas, y es, que antes de elegir un método operatorio, debemos poner la mano en nuestro corazón y, según sus dictados, decidirnos por el método que creamos más al alcance de nuestras fuerzas.

El Dr. *García de Arias* disiente de las opiniones de los Dres. Péan y

Fargas, pues entiende, que antes de decidirse por una ú otra vía, es necesario, después de una minuciosa exploración, pesar bien el pro y el contra de la vía que ha de elegirse.

Un tumor del tamaño del de una cabeza de feto y aun mayor, puede salir perfectamente por la vagina, ni tampoco puede tomarse en consideración á la línea umbilical, como límite, ni signo que decida á tal ó cual vía, si la alta ó la baja. Es necesario tener en cuenta otros signos, como las hemorragias y la expulsión de coágulos, acompañados ó no de dolores como los del aborto, la superficie del tumor, si es lisa, ó, por el contrario, representa una verdadera siembra de fibromas, y aun el estado del tumor, pues pudiera encontrarse como uno, recientemente operado por el Dr. Botín, que era un mioma gangrenado.

Yo creo, por tanto, que no es el volumen sólo el signo que nos decida por una ú otra vía, ni la destreza mayor ó menor en practicar una ú otra clase de intervención, sino las demás condieiones que se reunen al volumen, como son: estado general de la enferma si los fibromas uterinos son submucosos ó subserosos, si están ó no enclavados en la pelvis, si tienen ó no grandes adherencias viscerales, si están ó no degenerados y, sobre todo, empléese la vía alta ó la baja, no perder nunca de vista, si basta para la curación de la enferma, la miomectomía, ó si es indispensable, la histerectomía.

En apoyo de estas ideas, podré citar, entre otros muchos, dos casos muy recientes y muy parecidos: era uno de ellos un mioma del tamaño de una naranja voluminosa, sufría la enferma de profusas hemorragias y fuertes dolores que acompañaban á las pérdidas; estudié y reconocí con esmero el caso y me decidí por la sola extirpación del tumor, siendo feliz el resultado. El otro caso fué tan semejante, que pude conservar igualmente el útero.

Estas dos enfermas, recomendadas por dos queridos amigos, estaban preparadas para sufrir la histerectomía.

Y ahora, sin hacer alusión al caso del Dr. Castillo, como tampoco á su habitual modo de obrar, es de lamentar que algunos cirujanos, escudados por los adelantos de la cirugía moderna, practiquen histerectomías, en muchos casos, como estos dos que he referido y otros muchos que podría citar, en los cuales bastaría simplemente hacer una miomectomía; pero volviendo al caso del Dr. Castillo, sólo me resta decir que la bronquitis y y parotiditis que sufrió su enferma, son, á mi juicio, infecciones post operatorias.

El Dr. Castillo Ruiz: Como es de suponer, para decidirme á practicar una histerectomía vaginal en el caso por mí expuesto, hubo de preceder un minucioso reconocimiento apelando á todos los medios conocidos, menos al de la dilatación, pues al hacer la sección del útero, las circunstancias me hubieran obligado á variar de técnica y hubiese procedido de distinta manera según el caso.

Mi deseo era hacer una miomectomía, pero aleccionado por la práctica de que en muchas ocasiones resulta más peligroso, me decidí por la histerectomía.

Celebro mucho que el Dr. García de Arias tenga como yo el verdadero criterio conservador; es decir, de no mutilar inútilmente órganos que pue-

den conservarse, siempre que en ello no exista peligro para la vida de la enferma, y de acuerdo también con dicho cirujano en las indicaciones claras y precisas que tienen la vía abdomina y la vaginal, pero siempre dando la preferencia á esta última por creerla más de ginecólogo, más artística y menos grave.

Aparato inventado por el Dr. Larrú.—El inventor dice que su aparato tiene por objeto practicar inyecciones intrauterinas en el puerperio, alejando el peligro de la perforación; verificar asimismo inyecciones intracervicales, respetando en lo posible la rotura de membrana y, ante todo y sobre todo, cohibir las hemorragias *post-partum* por inercia.

Consta de una sonda intrauterina análoga á la de Budin, de la que difiere por su mayor grosor, puesto que en su pico convexo, pero achatado, tiene 15 milímetros de diámetro. Así como la de Budin es de vidrio y está formada por un solo tubo con sección en herradura, estableciéndose el desagüe por la media caña, la sonda presentada por el Dr. Larrú consta de tres tubos: uno de inyección y dos de desagüe, dejando entre los dos espacio para asegurar más el desagüe. Tiene además curvadura pelviana y perineal de radios análogos á los de la sonda de Bozeman-Fritsch.

El pezón de enchufe tiene forma de calabaza de peregrino, y por el otro extremo termina en una cúpula unida á tornillo y perforada con orificios en forma de corona.

En dicho extremo pueden articularse también á tornillo tres discos, de 3, 5 y 7 centímetros respectivamente, algo cóncavos por su cara superior y rodeado de orificios en su periferia, que son los que sirven para las inyecciones intracervicales.

En el mismo extremo puede articularse, asimismo á tornillo, un globo metálico hueco, piriforme, de 12 centímetros de longitud y 6 de diámetro en la parte que puede considerarse como su ecuador. En el polo superior lleva una cúpula de 2 centímetros de diámetro, perforada con múltiples orificios. En el otro extremo lleva una tuerca ó tornillo, según que en la sonda esté el macho ó la hembra, para articularle en la dicha sonda: el globo se divide en dos partes al nivel de su ecuador.

Esto constituye el aparato completo, pero el globo puede formar un aparato independiente, constituyendo un globo sifón, para lo cual presentó el Dr. Larrú un tubo cilíndrico de 15 milímetros de diámetro y 12 centímetros de longitud, encorvado en el extremo que lleva el pezón, cuyo pezón tiene asimismo la forma de calabaza, y en el otro extremo una cúpula análoga á la anteriormente descrita en la sonda, que puede igualmente servir para articular en su lugar el globo y aun los discos destinados á las inyecciones intracervicales. Completa el aparato un tubo de goma que pasa á través de otro metálico encorvado y termina en un platillo colector.

Las ventajas de la sonda son, ante todo, su grosor, pues sabido es la relativa frecuencia con que se registran perforaciones en el lavado intrauterino, cuyas observaciones pueden leerse en las tesis de Revreyend y de Morlet. Esta perforación se verifica mediante tres condiciones: útero peligroso por su friabilidad, instrumento peligroso ó maniobra peligrosa: en las sondas usuales, su escaso grosor las transforma en peligrosas, particularmente la de Doleris, cuya sección angular de la media caña es excesiva-

mente agresiva y cuyo sistema de desagüe expone á discisiones de cuello.

Otra condición que favorece la perforación es la anteflexión fisiológica del útero puerperal, y de aquí una de las ventajas de la sonda presentada, que es la de poseer curvadura pesimal.

El sistema de desagüe está asegurado, no sólo por la ranura que dejan entre sí los dos tubos anteriores, análoga á la de Budin, sino que estos tubos están perforados en su parte superior; por último, el pezón en forma de calabaza de peregrino, es un pequeño detalle de importancia, porque permite enchufar el tubo de goma de un irrigador ú otro más delgado de un sifón Weber ó el que acompaña al aparato. Los discos destinados á inyecciones intracervicales llenan un vacío, dejado por Pinárd, cuando recomienda dichas inyecciones en el parto lento por inercia. Sabido es que Pinard viene experimentando hace veinticinco años las inyecciones vaginales de agua á 50°, pero observando que, cuando mediante ellas trataba de provocar el parto, dicho medio resultaba generalmente en las multíparas y fracasaba en las primíparas, y según Pinard, este fracaso dependía de la menor superficie y excitabilidad de dicha superficie sobre que actúa el agua en las primíparas, siendo esta la causa por lo que empezó á practicar las inyecciones intracervicales, cuyos patentes resultados pueden leerse en las observaciones de Varnier que figuran en la tesis de Gombri y en la muy reciente de Lagleise.

Ahora bien, tanto Pinard como Lagleise, aconsejan una simple cánula vaginal de vidrio, las que sabemos generalmente tienen una forma cónico-olivar, por lo que existe el peligro de producir la rotura prematura de las membranas, siendo además muy difícil ó imposible verificar la inyección cuando existe alguna dilatación. En caso de rotura de las membranas, dicho está que podemos transformar con seguridad una causa leve de lentitud del parto en otra causa grave. Con los discos presentados por el doctor Larrú se aleja ó desaparece el temor de dicha rotura preventiva, se puede además verificar la inyección en el segmento inferior hasta una dilatación de más de 7 centímetros y posiblemente se favorece el despegamiento de las membranas, que sabemos es también otro poderoso medio acelaratriz del parto lento.

El Secretario de actas,
DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Algunas reflexiones sobre el legrado uterino. — El Dr. D. Angel Núñez Sampelayo, publica en la *Revista Médica Salmantina*, las siguientes consideraciones respecto de este asunto:

«No hay más que un legrado, que según la genuina y verdadera acepción de la palabra, es el que intenta la muda de la mucosa uterina enferma y séptica para obtener su regeneración en condiciones más favorables. Para conseguir este fin todos sabemos que la mucosa no se desprende en

totalidad, sino que deja elementos suficientes en la superficie interna del útero para su reorganización; desde las fibras musculares en los sitios donde se extrema el legrado, hasta los restos glandulares, que constituyen el aparato del mismo nombre, todo germina y coopera á la completa reconstitución de la mucosa.

Sólo en el caso, improbable en manos peritas, de destruir por completo y en absoluto los dichos restos glandulares, sería imposible la regeneración normal de la mucosa, explicando esto perfectamente las escasas observaciones en que las mujeres legradas no pueden sostener hasta el término normal de la preñez al producto de la concepción, por la imposibilidad de fijarse el óvulo en el útero después de la emigración y de formarse la membrana caduca, tan necesaria al huevo durante su vida intrauterina. Si el huevo en este caso penetrase en el útero ya fecundado, no pudiendo fijarse en uno de los pliegues de la mucosa, por no existir ésta, iría á depositarse en el cuello uterino, determinando una placenta ectópica ó previa con todos sus peligros y consecuencias. He aquí ya uno de los inconvenientes del legrado cuando se hace con demasiada frecuencia y por personas poco acostumbradas á estas operaciones; otro inconveniente es el de creer que el legrado es la única solución posible en todos los determinismos morbosos del endometrio, cualquiera que sea el período y la forma de la enfermedad, y precisamente esto constituye detalles esenciales que debe tener muy presentes el práctico. En el período agudo de las endometritis, sea cualquiera su naturaleza, está contraindicada la operación, porque dada la relación íntima vascular y linfática que tienen entre sí los órganos generadores y sus anejos, el legrado, aun hecho en las mejores precauciones antisépticas, puede ser origen de anexitis violentas, de las que hay muchos ejemplos desgraciadamente. Si, como suele acontecer, existe, acompañando á una matidez aguda de mayor ó menor intensidad, una salpingo-ovaritis de la misma forma, no sólo el legrado sino las dilataciones del cuello uterino, el sondaje y cualquiera manipulación, inocente en otras ocasiones, determina con frecuencia la extensión á puntos distantes de focos latentes, donde los elementos infectivos encuentran un cultivo á propósito para desarrollar sus propiedades patógenas en alto grado, de donde se derivan las salpingitis purulentas, el verdadero pio-salpinx, las ovaritis supuradas, las inflamaciones periuterinas y en su consecuencia la formación de los abscesos pélvicos, lo prudente es abstenerse en tales casos del legrado y de todas las manipulaciones prolongadas, puesto que medios tiene siempre el ginecólogo á su disposición para vencer todos esos procesos agudos.

Tampoco debe abusarse del legrado en todas las formas de endometritis crónica, ya sea intersticial, ya glandular, porque si bien es cierto que la mucosa inflamada se presenta blanda, pulposa y reblandecida, también lo es que eso sucede en las endometritis crónicas avanzadas, que suelen vencerse muy bien con la limpieza y rigurosa antisepsia de la vagina, con la quietud y la medicación intrauterina, entre cuyos medios figuran como muy eficaces las irrigaciones, el taponamiento y los tópicos que modifiquen favorablemente la mucosa, hasta obtener la curación, como acontece muchas veces, ¿por qué erigir en principio absoluto la necesidad del legrado en estas endometritis crónicas, cuando nos exponemos á que la mucosa no

esté dispuesta á desprenderse y al intentar hacerlo podemos causar lesiones graves en el parénquima? ¿Por qué precipitarnos en hacer esa operación en una endometritis glandular, intersticial ó mixta, no dependiente de infección y susceptible de ceder ante otros recursos terapéuticos, más lentos acaso en la acción, pero desde luego menos expuestos ó peligrosos?

En estas endometritis, cuando la hipertrofia é hiperplasia del tejido glandular é intersticial no es exagerada, lo que puede demostrarse por los síntomas observados y por una exploración escrupulosa, no hay para qué legrar, puesto que nada compromete la vida de las enfermas y se obtiene la curación con medios más sencillos usados con la debida oportunidad.

Por el contrario, tratándose de la endometritis hemorrágica ó fungosa de Olshausen, en la que la membrana mucosa se hipertrofia hasta el punto de adquirir tres ó cuatro veces más espesor del normal, formando grandes masas esponjosas, que á manera de almohadilla se eleva en toda la extensión de la superficie interna del útero, excepción hecha del cuello, y que además de la hipertrofia de todos los elementos de la mucosa, presenta una dilatación considerable de los vasos sanguíneos, que explica el síntoma principal, que es la hemorragia persistente, profusa y peligrosa que puede conducir á la enferma á veces á la muerte relativamente rápida y siempre á una anemia acentuada y progresiva, entonces la operación está perfectamente indicada, y debe ejecutarse cuanto antes mejor, sin contemporizaciones de ningún género. con la casi seguridad de un éxito pronto y favorable. El mismo criterio clínico creo que debe adoptarse en las endometritis llamadas deciduales, que se observan después de los partos ó los abortos y que reconocen por causa la retención de restos placentarios ó pequeños islotes de carne adheridos á la superficie interna del útero.

Si tales restos se abandonan, asimismo las consecuencias serán seguramente las hemorragias durante el período genital de la mujer, ó lo que es peor, las infecciones puerperales de las más graves formas. Hay, por lo tanto, en estos casos que hacer el legrado con urgencia para evitar peligros evidentes y transcendentales.

En cuanto á los accidentes y complicaciones del legrado uterino, puede decirse que son nulos cuando se practican con el debido cuidado y sólo en aquellos procesos que son tributarios de esta operación. Respecto á la hemorragia no hay que temerla, á menos que se trate de enfermas hemofílicas; precisamenta el legrado es el recurso más eficaz para hacer cesar las hemorragias, de modo que en las operaciones bien hechas, no hay que temerlas, y cuando se presentan, son insignificantes. Como excepción, citaremos el legrado uterino, con el objeto de extraer antiguos cotiledones placentarios, ó para destruir las neoplasias uterinas, porque entonces, si se producen hemorragias abundantes, si bien ceden fácilmente al percloruro de hierro, al taponamiento, á la extracción de los restos placentarios y al masaje del útero para provocar su contracción.

La perforación del útero no es de temer en manos peritas, ni aun en el caso de úteros friables ó reblandecidos por cualquiera circunstancia. Usando la cucharilla roma y pasándola con suavidad por las caras, bordes, fondo y ángulos del útero, se puede terminar la maniobra en uno ó dos minutos sin peligro de perforación de las paredes.

La infección de los anexos, que es una complicación frecuente, no ocurrirá, de seguro, si se procede rigurosamente á los minuciosos cuidados asépticos que exige la operación, y si se convence el operador del estado de integridad de dichos anexos, pues, como se ha indicado antes, son frecuentes las inflamaciones periuterinas y pelvianas, cuando dichos anexos no están sanos».

Respecto de la técnica del legrado, dice:

«La anestesia local ni general no son indispensables, puesto que se trata de una operación muy poco ó nada dolorosa. La segunda, no obstante, puede emplearse, con las debidas precauciones, si la enferma lo exige ó se halla muy alterado su sistema nervioso ante la perspectiva de la operación.

La primera, ó sea la analgesia ó anestesia local del útero, que algunos preconizan por medio de torundas empapadas en una disolución de cocaína al 20 por 100, ó por inyecciones submucosas al 3, 5 ó 7, según los casos, la juzgo innecesaria y muy expuesta á peligros, sobre todo las inyecciones, que aun hechas con una solución al 1 por 100, é inyectando como máximum 10 centímetros cúbicos, que equivalen á 10 centígramos de cocaína, como aconseja Reclus, se han observado accidentes más ó menos graves con esas inyecciones que han inducido á algunos prácticos á sustituir la cocaína por la eucaína, que es substancia muy analgésica y menos tóxica. El algodón empapado en una solución de cocaína, no al 20 por 100, como aconseja Geyl, sino al 4 por 100, que es bastante, no tiene, en general, peligro alguno, pero sus efectos son muy superficiales, duran escaso tiempo y es medio inseguro, toda vez que las torundas se exprimen al atravesar el cuello y no llegan al interior del útero lo bastante impregnadas de la substancia activa para producir los efectos analgésicos. Por todas estas razones y otras varias que pudieran aducirse, creo que se debe prescindir en el legrado de la anestesia local.

En las nulíparas sobre todo, es conveniente, para poder introducir la cucharilla, dilatar el conducto cervical, usando, en general, un tallo de laminaria doce horas antes de la operación, obteniendo en las multíparas el mismo resultado en el momento de proceder al legrado, mediante el uso de las bujías de Hegar.

Aleccionado por la práctica constante y frecuente de dilataciones, en las mujeres que han de someterse al legrado, y en las que reclama dicha dilatación una estrechez del cuello uterino, una exploración digital ó cualquiera otra atendible indicación, dice que siempre los tubos de Hegar, que constituyen el medio más aséptico de la dilatación inmediata progresiva, han producido mejores resultados que los medios ó substancias turgentes, como la laminaria, la esponja preparada, el tupelo, marfil descalcificado, etcétera.

Las inyecciones de percloruro de hierro y de substancias cáusticas, después del legrado uterino, envuelven un peligro evidente y hay que condenarlas en principio; en cambio, el taponamiento intrauterino con gasa yodofórmica, preparada convenientemente, es de una eficacia incontestable».—Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 16 de Enero de 1906.

Condiciones legales del empleo médico de los rayos Röntgen.—El Dr. Pinard: Del admirable dictamen del Dr. Chauffard sólo voy á tener en cuenta un solo punto, el de la posible esterilidad por los rayos X. Los experimentos demuestran que en las ratas y en los conejos la irradiación sobre las glándulas genitales produce lesiones que llevan aparejadas una esterilidad cuando menos temporal. ¿Ocurrirá lo mismo en el hombre, y podemos pensar que los rayos X son capaces, pasando á través del individuo, de aniquilar á la especie? Este sería un hecho susceptible de engendrar temores y, desgraciadamente, también esperanzas. A esta cuestión puedo aportar algunos datos personales. Desde 1896 hemos sometido á la radiografía gran número de mujeres embarazadas, y de ello ningún inconveniente ha resultado para las mujeres ni para sus hijos. Una primera conclusión, pues, se desprende de esto: la irradiación de la pelvis no produce efectos nocivos al individuo; pero se puede añadir que ni para la especie, puesto que yo he vuelto á ver 22 de dichas mujeres que habían parido uno, dos, tres y cuatro años después de haber salido de la clínica. Además consignaré que las sesiones de radiografía habían tenido una duración relativamente considerable, de treinta á cuarenta minutos.

El Dr. Reynier: Las conclusiones propuestas á la Academia son discutibles. Los accidentes graves imputables á los rayos X dependen ante todo de la inexperiencia de los prácticos; por lo tanto, entregando sólo á los médicos el derecho de practicar la radiología, nos exponemos á separar á toda una serie de hombres instruídos y hábiles en la práctica de métodos difíciles para confiarlos á personas que no habrán tenido ninguna educación especial, no existiendo actualmente la enseñanza oficial de la radiología. Además, si la Academia se decide á esta exclusión, lesionará gravemente los intereses de personas cuyos servicios eminentes les dan de un modo indudable derechos adquiridos.

El Dr. Chauffard: Creo que basta haber visto algunos accidentes producidos por los rayos X para aplicarles sin restricción el término de terroríficos que el Dr. Reynier encuentra exagerado. En las conclusiones que la Comisión propone al voto de la Academia, no queremos en absoluto privar á los físicos de hacer radiología; nosotros les pedimos que perfeccionen los métodos en el laboratorio, no en la cabecera del enfermo, donde caen de lleno dentro de la ley del ejercicio de la medicina. A pesar de las objeciones del Dr. Reynier, sostenemos que sólo los médicos son los idóneos, tanto por su educación clínica como por su situación legal para practicar la

radiología con el mínimun de accidentes que representa la contingencia posible de toda práctica.

En fin, nosotros creemos que la Academia debe abstenerse de toda cuestión de personas y juzgar la cuestión desde un punto de vista absolutamente general.

El Dr. Cornil: Los peligros de la radioterapia son de dos órdenes: los que atentan contra el operador y los que atentan contra el operado. Según los exámenes que he podido practicar, los primeros pueden ser muy graves y llegar hasta la producción del epitelioma pavimentoso con glóbulos epidérmicos; los segundos son de carácter inflamatorio, necrótico y cicatricial. Los rayos X, según los exámenes histológicos, parece que son absolutamente impotentes contra los cánceres de localización profunda y de marcha rápida.

El Dr. Gariel: Si se colocan en una balanza las dificultades que ha de vencer un médico para aprender la radiología y las que se le presentan al físico deseoso de adquirir los conocimientos clínicos necesarios al radioterapeuta, creo que le es infinitamente más fácil al médico llegar á radioterapeuta que al físico.

El Dr. Brouardel: Creo que las preocupaciones del Dr. Reynier respecto á las situaciones adquiridas por los radiologistas, son muy legítimas, y que corresponde á la asistencia pública el tenerlas en cuenta como es justo.

El Dr. Debove: Estamos todos de acuerdo en que los rayos X son peligrosos. Pues ¿por quién deben aplicarse? Contestaré que sé lo que valen y lo que son los médicos, y que ignoro lo que son los no médicos.

(Se aprobaron por unanimidad las conclusiones propuestas por la Comisión).—(*La Press. Med.*, núm. 5, 1906).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 17 de Enero de 1906.

Desagüe en las peritonitis apendiculares. — El Dr. *Chaput* cree que el desagüe lumbar aconsejado por el Dr. Villemin, al dejar una extensa superficie cruenta abre una puerta á la infección sanguínea y expone á agravar el estado de los enfermos. Por estas razones prefiere el desagüe por la vía rectal, operación sencilla y rápida que no exige la anestesia.

El Dr. *Routier* cree también que el desagüe lumbar es, no sólo supérfluo, sino innecesario. Prefiere el desagüe abdominal por incisión ilíaca.

El Dr. *Segond* dijo que el desagüe lumbar no debe emplearse más que como complemento del abdominal anterior en casos completamente excepcionales, por ejemplo, en los casos de colecciones retrocecales que sobresalen en la región lumbar.

Tratamiento de los quistes hidatídicos hepáticos. — El Dr. *Quénu* cree, como el Dr. Delbet, que el mejor modo de tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado, cuando la extirpación completa es imposible, consiste en la incisión seguida de la extracción de la membrana germinativa y después

de la sutura simple de la bolsa. El Dr. Quénu señaló una precaución que debe adoptarse antes de ejecutar estas diferentes operaciones: la de hacer una inyección de formol en el quiste para esterilizar su contenido antes de su abertura á fin de evitar que se siembren en el peritoneo las vesículas hidatídicas microscópicas que puedan penetrar en la cavidad peritoneal al hacer la incisión, á pesar de todas las precauciones adoptadas para evitarlo. Antes de inyectar la disolución de formol al 1 por 100 se punza el quiste y se extraen 200 á 300 gramos del líquido del quiste.

En los quistes hidatídicos del hígado tratados de este modo se produce en los días siguientes una exudación serosa, generalmente aséptica, que llena el quiste, pero que concluye por absorberse después de cierto tiempo. No debe alarmarse más que cuando la reaparición del tumor va acompañada de fenómenos sépticos, porque es indudable que en este caso la exudación está infectada. Esta infección puede ser resultado de un defecto operatorio, pero en general es consecuencia de una trasudación de bilis debida á la falta de compresión por evacuación del quiste. La bilis que se derrama puede estar más ó menos infectada.

El Dr. Quénu ha observado varios casos de este género, de los que se han publicado bastantes.

Para evitar las complicaciones peritoneales graves que pueden sobrevenir al romperse la sutura en estos quistes infectados después de practicada la operación, aconseja el Dr. Quénu colocar siempre un tubo de desagüe en contacto con la sutura, por el cual sale al exterior el líquido infectado si sobreviene el accidente. En rigor puede prevenirse la ruptura practicando una ó más punciones sucesivas. No debe incindirse y marsupializar más que en último extremo, porque la marsupialización es susceptible de retrasar la curación.

El Dr. *Reclus* dijo que en un caso de quiste ya supurado antes de la operación, le abrió y después le suturó y redujo sin desagüe abdominal, creyendo que las adherencias existentes impedirían, en caso de romperse la sutura, la evacuación del contenido quístico séptico en la cavidad peritoneal. En efecto, á los pocos días, en medio de síntomas febriles intensos el contenido quístico, que se había reproducido, se abrió paso al exterior.

El Dr. *Broca* cree que el resultado obtenido por el Dr. Reclus en su caso es excepcional y que su conducta no debe servir de ejemplo. Está de acuerdo con los Dres. Delbet y Quénu, en que el mejor medio de tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado es en la actualidad la reducción después de la incisión y de la sutura. No renuncia á esta técnica más que cuando después de evacuada la bolsa se aprecian en sus paredes estrías ó placas de color obscuro que indican la trasudación de bilis á través los conductos biliares superficiales. Este síntoma constituye un peligro derrame biliar, y por consiguiente de infección del quiste después de la tura, por cuyo motivo el Dr. Broca prefiere en este caso renunciar á la ura y emplear la marsupialización.

Los accesos febriles que pueden producirse á consecuencia de la reduc-ón después de la sutura de los quistes hidatídicos del hígado, no indican mpre la infección del quiste. En un caso de este género, alarmado el r. Broca por la fiebre persistente que padecía el enfermo, se decidió á

practicar una segunda laparotomía, y observó con gran sorpresa que el quiste había desaparecido por completo. Después de esta intervención desaparecieron todos los accidentes.

El Dr. *Tuffier* dijo que sigue la misma conducta que el Dr. Broca. Desagua, no en contacto de la bolsa, sino la bolsa misma, cuando la existencia de manchas de color obscuro en la pared adventicia del quiste le indica un peligro de derrame biliar ulterior.

El Dr. *Walther* cree que las elevaciones de temperatura sin supuración del quiste, señaladas por el Dr. Broca, pueden explicarse por la congestión hepática aguda consecutiva á la falta brusca de compresión del hígado, congestión que va acompañada siempre de fenómenos infecciosos.

El Dr. *Bazy* dijo que antes de incindir y suturar los quistes hidatídicos inyecta en su interior una disolución de formol. Ha visto uno de los quistes operados así por él, supurar los días siguientes y abrirse espontáneamente al exterior.

El Dr. *Rochard* manifestó que era partidario de la inyección de formol en el quiste y de la reducción de éste después de suturado. Ha visto, en dos de sus operados, supurar el quiste á causa de un derrame biliar intraquístico consecutivo á la operación. Uno de los enfermos murió y el otro curó.

El Dr. *Ricard* dijo que había intentado la reducción sin sutura en dos casos; los enfermos curaron, pero la curación tardó más en obtenerse que en los casos tratados por la sutura. Ha experimentado además en una misma enferma el valor de tres métodos de tratamiento de los quistes hidatídicos del hígado. Esta enferma tenía tres quistes: uno fué tratado por la extirpación; el segundo, que contenía bilis infectada, fué desaguado; en el tercero, de contenido claro, hubiera podido emplearse la reducción sin sutura, si una hemorragia abundante en la pared quística no hubiese obligado á recurrir al taponamiento.

Parálisis cubital y radial.—El Dr. *Potherat* presentó un enfermo, el que, á consecuencia de una caída sobre el codo, padeció parálisis cubital y radial completa. La intervención demostró que los nervios cubital y radial estaban envueltos en tejido óseo procedente de la epitróclea. El Dr. Potherat aisló el nervio cubital, que estaba seccionado por completo, refrescó sus dos cabos, los suturó y, fenómeno curioso, el enfermo no sólo recobró desde aquella misma tarde la sensibilidad de la mano, sino que la parálisis radial desapareció por completo. El Dr. Potherat se limitó á citar el hecho sin explicarlo.

Cuerpos extraños del aparato digestivo.—El Dr. *Mauclaire* presentó la radiografía de un cuerpo extraño (juguete metálico) del recto de una niña. El cuerpo extraño había deglutido el juguete cuarenta y ocho horas antes. El cuerpo extraño fué extraído sin dificultad con los dedos.

Presentó además otro cuerpo extraño, extraído de la porción cervical del esófago por la esofagotomía externa. A consecuencia de esta operación, y á pesar de la sutura del conducto, quedó una fístula que duró más de seis meses.

Finalmente, y á propósito de una observación referida en una de las sesiones anteriores por el Dr. Moty, citó el Dr. Mauclaire un caso análogo

referente á un hueso de conejo deglutido y eliminado por la nalga, á beneficio de un absceso que se formó en dicho punto.

El Dr. *Delbet* dijo que en un caso reciente de esofagotomía por extracción de un cuerpo extraño, hizo la sutura y obtuvo la reunión por primera intención.

El Dr. *Tuffier* manifestó que en una enferma operada por flemón de la fosa ilíaca derecha, encontró una perforación del intestino delgado, situada á unos 20 centímetros del ciego y debida á un cuerpo extraño intestinal encajado en él. Este cuerpo extraño resultó ser la nervadura de una hoja de ruibarbo.—(*La Presse médicale*). — F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 12 de Enero de 1906.

Un caso de lepra, curado. — El Dr. *Isidoro de Neumann* presenta un sujeto, natural de Bulgaria, de profesión empleado, de cuarenta y tres años de edad, y que ya presentó otra vez el año 1900, en esta misma Sociedad, con lepra máculotuberosa. La piel de la frente tenía un color moreno, las cejas, los párpados y los carrillos estaban abultados y en el tronco se veían numerosas manchas de color moreno. En cambio, en el vientre y en las piernas había un gran número de tubérculos y tuberculitos de borde bien marcado, del tamaño de un perdigón á una judía, y de color rojo lívido. En el esputo, en el moco nasal y en trocitos que se excindieron de la piel, se encontraron bacilos de la lepra.

Tratamiento empleado: inyecciones de aceite de chaulmoogra, licor de Fowler y yoduro potásico.

En la actualidad el individuo está completamente curado, puesto que han desaparecido todas las manifestaciones clínicas de su antigua afección.

Espina bífida oculta. — El Dr. *Odón de Frisch* presenta un individuo que tiene lordosis muy pronunciada, escoliosis ligera, hombros muy altos, marcha parecida á la que se observa en los que tienen luxación congénita del fémur, aunque en este caso la cabeza del hueso ocupa su situación normal. Por el tacto se encuentra una depresión profunda en el sitio correspondiente á la segunda vértebra lumbar, y en la base del coccis otra fosita, por la que sale algunas veces un líquido seroso.

El examen radiológico da motivos á pensar en que se trata de una espina bífida oculta.

Perixenitis de la vejiga.—El Dr. *Alfredo Exner* presenta una mujer de cincuenta y cuatro años, la que hace año y medio empezó á sentir dolores al orinar, observando además que la orina estaba turbia. El médico encontró una tumefacción pequeña que, según dicen, desapareció más tarde. La salud general continuó bien hasta hace unos dos meses en que volvieron los síntomas de cistitis; al disminuir éstos, el examen cistoscópico descubrió en el vértice de la vejiga un tumor del tamaño de una peseta, tumor que sobresalía con algunas vellosidades hacia el interior de la vejiga. Al hacer

la operación (talla hipogástrica) se vió que el vértice de la vejiga estaba adherido á algún órgano intraperitoneal; una vez abierto el peritoneo, resultó que á la vejiga estaba adherida una prolongación del omento, y á este último un asa intestinal. Después de deshecha tal adherencia, se practicó la resección extraperitoneal de la vejiga. El curso ulterior no presentó ninguna alteración.

Al examinar el tumor, en vez de encontrar, como se temía, un neoplasma maligno, se vino en conocimiento de que se trataba de un tejido de granulación que rodeaba á una astilla de madera. Las adherencias que había hacen sospechar que el cuerpo extraño había pasado del intestino á la vejiga. En los antecedentes de la enferma no se recogió ningún dato relativo á este particular.

El Dr. *Jorge Kapsamer* refiere el caso de una mujer de unos cuarenta años que presentaba síntomas de cistitis, y en la que el examen cistoscópico descubrió, además de los fenómenos inflamatorios de la mucosa, una lesión en la pared lateral derecha de la vejiga, que se interpretó como un tumor incrustado. Con la talla hipogástrica se encontró un cálculo fosfático de forma irregular, de unos 2 ó 3 centímetros de largo, cálculo que estaba encajado y recubierto en parte por una corona de vellosidades papilomatosas. Estas vegetaciones habían sido el producto de una cistitis proliferante. El cálculo resultó ser un hueso de pollo incrustado.

La paciente salió curada; pero al año próximamente volvió con molestias vesicales y piuria. Con el cistoscopio se encontró en el mismo sitio que la otra vez una lesión que asemejaba un tumor necrosado parcialmente é incrustado. Una nueva talla hipogástrica proporcionó la sorpresa de descubrir en la mucosa vesical, gravemente alterada por la inflamación, la convexidad de un coprolito del tamaño poco más ó menos de un huevo de paloma. Después de extraído el cálculo, se pudo penetrar con el dedo en la cavidad de un absceso adyacente á la vejiga, cavidad que se hizo comunicar con el exterior por medio del desagüe, después de haber cerrado la ventana que existía en la pared vesical. La mucosa vesical inflamada presentaba en cierta extensión el aspecto del edema *bullosum*.

La enferma sucumbió algún tiempo después de la operación; pero no pudo hacerse la autopsia de su cadáver. Aunque era una mujer muy inteligente y que sabía observarse muy bien, decía que jamás había sentido la menor molestia en sus intestinos.

El alpinismo y el corazón. — El Dr. *Rodolfo Beck* comienza recordando que, según las investigaciones de los médicos, los deportes no obran de un modo pernicioso más que sobre el corazón, y aun esto sólo en ciertas circunstancias. Pero si bien han sido estudiados diversos deportes, y entre ellos el ciclismo y la carrera en *skie* bajo este concepto, no se ha hecho semejante estudio respecto al alpinismo. En esta clase de ejercicio actúan sobre el corazón varios factores, y no tan sólo el trabajo corporal que con este motivo se realiza; bastará con recordar la tensión del sistema nervioso que se produce en las ascensiones alpinas, tensión muy acentuada y que en muchos casos dura sin interrupción mucho tiempo (á veces de dieciséis á veinte horas).

El orador analiza después, desde el punto de vista físico, el trabajo que

tiene que realizar un hombre cuando practica una ascensión alpina. El autor ha examinado en muchísimos de estos casos el pulso, tanto respecto al número de pulsaciones, como en lo que se refiere á sus cualidades, y también según las diversas condiciones del terreno en que se había realizado la ascensión. El número de pulsaciones, que varía en límites bastante amplios, alcanza cifras más altas que las que se observan en las marchas militares, no obstante ir casi siempre más cargados de peso los soldados. En estos últimos el número de pulsaciones suele oscilar entre 100 y 130; en cambio en las ascensiones alpinas oscila generalmente entre 120 y 160, y hasta llegó algunas veces á 180; v. gr., en una larga ascensión sobre una pendiente muy escarpada y cubierta de nieve, presentando esta última muy malas condiciones para la progresión. En ningún caso se presentó aritmia. Cuando el individuo descansa, la frecuencia del pulso persiste por un tiempo que varía mucho aún en un mismo sujeto.

El autor ha examinado también el estado de los riñones después de esta clase de ejercicios. Con este objeto practica la exploración necesaria en 11 personas, y en algunas de ellas más de una vez después de ascensiones alpinas de muy distinto género; entre ellas las ha habido sumamente difíciles (trepando); muchísimas habían sido muy penosas, de larga duración y en pleno invierno. Además se examinó la orina en los días siguientes á la ascensión. En la inmensa mayoría de casos no se encontró nada de albúmina; sólo en alguno que otro se descubrieron indicios insignificantes de dicho cuerpo por medio de la reacción de Spiegler-Jolles. Nunca se encontraron en el sedimento cilindros ni elementos renales. Durante las ascensiones alpinas, la alimentación fué casi siempre la misma.

De los estudios hechos por el autor con el tonómetro transportable de Gärtner, resulta que durante una ascensión alpina se observa generalmente un ascenso moderado de la presión sanguínea. Pero aun en los casos de ascensiones largas y penosas que exigen mucho de parte de los sistemas nervioso y muscular, es moderado el ascenso de la presión sanguínea, no excediendo dicho ascenso ó excediendo muy poco de la cifra máxima que el mismo Gärtner considera todavía como fisiológica.

Con todas las precauciones de error que el caso requiere, ha examinado el autor lo relativo á las dimensiones del corazón, con el objeto de averiguar si éste se dilata con las ascensiones alpinas muy penosas. Ahora bien, en muchos casos se encontraron aumentadas las dimensiones del corazón sin que el interesado sintiera, á pesar de ello, la menor molestia; en unos casos la macicez y el choque de la punta se habían corrido á la izquierda de 1 á 3 centímetros; en otros la macicez del corazón se había ensanchado á la derecha por fuera del esternón; en algunos casos, por último, se había extendido á derecha é izquierda.

Estas ampliaciones de la macicez retrogradan en pocos minutos, á contar desde el momento en que descansa el sujeto; en algunos casos, aún se podían demostrar pasadas algunas horas, pero nunca se comprobaron todavía el día siguiente á la ascensión.

Cree el orador que en algunos casos se trata de una verdadera distensión excesiva de las paredes del corazón, y de todas suertes entiende que estos aumentos pasajeros en las dimensiones de la víscera, si se repiten muy á

menudo, pueden tener mucha importancia en el desarrollo de una afección persistente del centro circulatorio.

A fin de averiguar si el alpinismo es capaz de afectar de un modo duradero á la salud (enfermedades crónicas), han sido examinadas 31 personas (7 guías alpinos y 24 alpinistas), casi todos ellos alpinistas afamados que casi todas las semanas hacen ascensiones, en invierno y en verano. De dichas 31 personas, 16 fueron examinadas también por otros médicos. En 28 de ellas, ó sea en un 90 por 100, se encontraron afecciones orgánicas del corazón, á saber: 5 casos de insuficiencia mitral, 22 de lesión del mismo músculo cardíaco, en 10 de los cuales estaba ampliada la macicez cardíaca, y, por último, un caso que se diagnosticó de hipertrofia. En un caso había aumento de volumen del pulmón, pero en los demás no había nada de afección pulmonar ni renal.

El autor llama la atención acerca de la enorme proporción centesimal de afecciones cardíacas que se ha encontrado, más notable si se reflexiona que se trata casi siempre de individuos jóvenes. La forma patológica más frecuente de corazón de alpinista es la de músculo cardíaco lesionado. De los cinco casos de insuficiencia mitral, cuatro son de origen muscular y reconocen por causa anomalías funcionales de los músculos anulares en la base del ventrículo. Cierto es que el alpinismo practicado con mucha moderación no habrá de ocasionar afecciones cardíacas; pero también es cierto que hay muchos grados en la manera de practicar esta clase de ejercicios. En los círculos alpinistas son pocos los que conocen la magnitud del peligro á que expone un excesivo esfuerzo de parte del corazón, y hasta hay mucha gente que habla de *avezar* el corazón y los pulmones con ascensiones rápidas y de que con estos ejercicios se vigoriza el corazón, etc. Es nuestro deber, por lo tanto, en las familias en que haya alpinistas, hacerles ver que á la larga no hay corazón que tolere un exceso considerable de trabajo; de donde se sigue que es preciso realizar las ascensiones con una velocidad moderada y cómoda y que se debe reducir el número de dichas ascensiones sobre todo el de las tan penosas que se efectúan en invierno.

Otra consecuencia que se desprende de todo lo dicho es la necesidad en que se halla todo el que se dedica de un modo continuado al alpinismo, de someterse, por lo menos cada seis meses, á un reconocimiento médico.

(*Wiener klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

ASOCIACIÓN QUIRÚRGICA Y GINECOLÓGICA DE LOS ESTADOS UNIDOS NORTE AMERICANOS DEL SUR

18.ª sesión anual celebrada en Louisville el 12, 13 y 14 de Diciembre de 1905.

(Conclusión)

Tratamiento del proctocele voluminoso.—El Dr. *G. H. Noble* expuso la técnica de una operación que practica en los casos de proctocele voluminoso. Los de poco volumen se corrigen con las operaciones perineales. En los voluminosos suele haber más ó menos atonía, pérdida de sangre por las su-

perficies denudadas, y es difícil retraer los tejidos distendidos en exceso y obligarles á penetrar en el recto. Además, los resultados suelen ser poco satisfactorios, porque se infecta el tabique rectovaginal fuerte y resistente.

La operación aconsejada por el Dr. Noble consiste en lo siguiente: 1.° Dilatación completa del recto. 2.° Denudación de un ancho collar alrededor del cuello del proctocele, principiando en la parte superior de la vagina y llegando hasta cerca del promontorio del proctocele. No es necesario extirpar la mucosa en este último punto, como se hace en la resección. Siguiendo la denudación de dentro á fuera, se dividen las venas del tabique rectovaginal en un punto elevado y se sujetan con una pinza, por cuyo medio se evita cortar repetidas veces los mismos vasos al reparar la herida. 3.° Se introducen dos dedos sobre el promontorio del prectocele en la vagina, y se la comprime, haciéndole salir á través del ano. Se coge con una pinza y se le hace salir paulatinamente por fuera del ano, hasta que se nota una sensación de tirantez. Si al hacer esta maniobra no se extrae la pared rectal anterior, porque se opone á ello el elevador del ano, se deja libre el recto disecándole de la vagina, lo que favorece el descenso y permite á los tejidos distendidos salir á través del orificio anal. 4.° Se aplica una pinza ligera de compresión sobre el cuello del proctocele, exactamente por fuera del ano, á fin de sostenerle en esta posición. 5.° Dos suturas, á ser posible de tendón de kanguro de mediano tamaño, se introducen á través de la porción intacta del periné, cerca del esfínter del ano, á la manera de las suturas de tensión de Emmet, en la perineorrafia. Estas dos suturas deben dirigir hacia arriba la porción prolapsada de la pared anterior del recto. 6.° La parte vaginal de la herida se completa practicando la perineorrafia. La porción que sobresale del proctocele se amputa á 18 ó 25 milímetros por fuera de la pinza, y sus bordes se reunen perfectamente por medio de una sutura con catgut. Después se procede como en la perineorrafia ordinaria, excepto en que se aplica sobre el muñón una cura húmeda y emoliente. El muñón se retrae y penetra en el recto en menos de una semana, y es preciso cuidarle. El Dr. Noble ha tratado así cinco casos, obteniendo resultados satisfactorios.

Tratamiento quirúrgico del cáncer de la cabeza y del cuello. — El doctor *G. W. Crile* dijo que el cáncer de la cabeza y del cuello se desarrolla al descubierto, y, al contrario, que el del estómago, intestino y mama, puede reconocerse en su principio. Todos los casos de cáncer de la cabeza y del cuello son, durante algún tiempo, curables por la extirpación completa. El campo de la metastasis regional es completamente accesible. El cáncer rara vez penetra más allá del collar ganglionar del cuello. Pueden utilizarse en estos cánceres todos los recursos de la cirugía moderna y con más probabilidades de éxito.

Fibroides retroperitoneales aberrantes de origen uterino.—El Dr. *I. S. Stone* dijo que estos tumores pueden llegar al espacio que existe detrás del peritoneo, siguiendo el ligamento ancho. Esta vía es la única abierta, y la que sigue forzosamente todo fibroide desprendido de la matriz. Una vez que el fibroide se ha separado del útero, suele permanecer en el ligamento ancho por un tiempo indefinido, excepto cuando se desarrollan en dicho órgano otros tumores y siguen el mismo camino que el primero. Aunque se

ven muchos tumores de este género, algunos pocos han perdido por completo sus relaciones con el recto. Estas neoplasias no pueden hacerse parasitarias y nutrirse de otro órgano, como la variedad intraperitoneal parasitaria ó aberrante. No ha observado un solo tumor aberrante detrás del peritoneo que haya perdido por completo sus relaciones uterinas, y cree que este desarrollo es imposible por las razones indicadas. El movimiento de estos tumores es, por lo tanto, completamente opuesto al de la variedad intraperitoneal.

Bocio. — El Dr. *C. H. Mayo* manifestó que la cirugía del tiroides progresa de un modo notable. Las operaciones sobre este órgano producen resultados tan notables como las que se practican sobre otros y sin grandes molestias. En 50 casos de bocio la mortalidad ha descendido de 40 por 100 á menos de 3 por 100. En las líneas de inversión hipoblástica suelen encontrarse glándulas accesorias parecidas á quistes ramificados. Los linfáticos sirven de conductos. La extirpación total del tiroides es seguida de caquexia en el 50 al 70 por 100 de los casos. La enfermedad de Graves es debida probablemente á la secreción exagerada ó pervertida, porque se observa en la glándula exageración general ó local de la actividad celular.

La mayor parte de los infartos del tiroides que recaen en personas jóvenes curan con la medicación. Parte del beneficio obtenido por la extirpación del simpático se debe á que se separan del tiroides los conductos linfáticos. En los últimos diecisiete años, el Dr. Mayo ha operado 182 casos de bocio, perdiendo sólo 9 enfermos.

Aneurisma tratado por la sutura dentro del saco. — El Dr. *F. W. Parham* refirió dos casos de aneurisma tratados por el método de Matas. Uno era de aneurisma idiopático de la arteria poplítea; en el otro se trataba de un aneurisma de las porciones segunda y tercera de la subclavia izquierda. El aneurisma poplíteo fué tratado por la sutura, dentro del saco, de las aberturas más próximas y más lejanas separadamente y por la sutura continua de la escotadura de la porción intermedia de la arteria. En el aneurisma de la subclavia sólo fué suturada la abertura más próxima, ligándose la más lejana. Los dos enfermos curaron.

Las indicaciones para este procedimiento, son: 1.ª La posibilidad de abrir é inspeccionar el interior del saco. 2.ª La posibilidad de aplicar un constrictor, pinza ó ligadura temporal, sobre el lado más próximo del tumor. En el segundo caso referido se empleó la sutura, porque la ligadura aplicada al extremo más próximo del tumor, no contuvo por completo la hemorragia.

La operación de sutura del interior del saco es preferible á la ligadura por las razones siguientes: Primera, se salva todo lo posible de la arteria, excepto la parte que forma el saco del aneurisma. Segunda, la sutura aproxima únicamente la túnica interna y no la secciona, como ocurre cuando se liga una arteria ateromatosa. Todas las colaterales que desaguan en el saco se anulan por sutura directa de las bocas de estos vasos dentro del saco. Tercera, no se interrumpen las relaciones vasculares externas (colaterales) de la pared del saco.

La reconstrucción de la arteria sólo se intenta en ciertos casos, por ejemplo, en el aneurisma aórtico, en el que la sutura de la abertura más próxi-

ma, igual que la ligadura, suele ser fatal, y en otros aneurismas en los que á causa de la tumefacción y la linfangitis, el peligro de gangrena es grande y no puede suprimirse la corriente nutritiva. En estos casos la reconstrucción de la arteria es preferible por dos razones: Primera, porque la persistencia, aunque sea temporal, de la corriente principal, es muy ventajosa hasta que la desaparición del edema consecutivo á la evacuación del saco disminuye la fuerza de los vasos colaterales. Segunda, porque como indica Matas y prueba el caso de Dana, es factible en una segunda operación abrir de nuevo el saco y cerrar la abertura de la arteria. En los aneurismas abdominales el método de Matas ofrece alguna probabilidad de éxito.

Diagnóstico precoz y cura radical del carcinoma prostático.— El Dr. *H. H. Young* dijo que el estudio de 40 casos de carcinoma de la próstata le permite sacar las conclusiones siguientes: El carcinoma de este órgano es más frecuente de lo que suele creerse, porque se observa casi en el 10 por 100 de los infartos prostáticos, según ha demostrado Albarrán. Puede principiar como un nódulo aislado en una hipertrofia benigna, ó bien un infarto prostático, que durante mucho tiempo ha presentado los síntomas y los signos de benignidad puede hacerse de repente maligno. La induración marcada de un nódulo intralobulillar en uno ó en los dos lóbulos de la próstata en un hombre de más de cincuenta años, debe considerarse como sospechoso, en particular si se observa con el citoscopio algo de infarto prostático intravesicular y dolor y sensibilidad.

La superficie posterior de la próstata debe ponerse al descubierto igual que para la prostatectomía ordinaria, y si el operador no puede diagnosticar con seguridad el carácter maligno de la hipertrofia, debe hacer incisiones longitudinales á cada lado de la uretra, lo mismo que en la prostatectomía, extirpar una partícula de tejido prostático y examinarle. Si la enfermedad es maligna, las incisiones deben cauterizarse y cerrarse y practicar la operación radical.

El cáncer de la próstata queda confinado durante mucho tiempo á los lóbulos, permaneciendo indemnes la uretra, la vejiga y en particular la prostática posterior. La invasión extraprostática se produce casi siempre, primero, á lo largo de los conductos eyaculadores al espacio situado inmediatamente entre las vesículas seminales y la vejiga y entre la aponeurosis de Denonvilliers. De aquí que la enfermedad invada gradualmente la superficie inferior del trígono y los linfáticos que se dirigen hacia las paredes laterales de la pelvis; pero la invasión de los ganglios pelvianos es más tardía, y muchas veces se observan antes metastasis óseas que ganglionares. La curación sólo puede obtenerse por los medios radicales, es decir, por la extirpación, no sólo de la próstata, sino también de las vesículas seminales, vasos deferentes y la mayor parte del trígono vesical.

Técnica de las operaciones por apendicitis.— El Dr. *W. P. Car* manifestó que no hay enfermedad que presente más variedades y más grados de gravedad que la apendicitis. Existen diversos grados entre un ataque catarral benigno y un caso gangrenoso grave con peritonitis difusa. Al parecer, no hay un método operatorio que sea conveniente para todos los casos. Los cirujanos necesitan modificar su técnica según el caso y las fuerzas del enfermo. En sus primeros 100 casos tuvo 8 muertos y sólo 2 en los 72 últimos.

Cree que esta disminución de la mortalidad es debida al conocimiento más exacto de los enfermos y á emplear una técnica más de acuerdo con el estado de éstos.

Para los fines prácticos, dividió todos los casos de apendicitis en cuatro clases: primera, casos sin perforación ni complicación; segunda, sin perforación, pero complicados con otra enfermedad grave, nefritis, tuberculosis ó miocarditis; tercera, con perforación ó rotura, sin que haya transcurrido de ésta más de treinta y seis horas; estado general, bueno; cuarta, perforación ó rotura transcurridas más de treinta y seis horas, complicada con peritonitis difusa ó con astenia á causa de la duración del padecimiento, ó con alguna enfermedad grave; estado general, malo.

La incisión debe hacerse siempre á través del músculo recto-abdominal, para evitar que se forme una hernia. Si es necesario, pueden distenderse las fibras musculares con los dedos para que quede la abertura suficiente. El estiramiento de estas fibras no debe ser exagerado, porque pueden paralizarse y sobrevenir una hernia.

Resultados lejanos del tratamiento del sarcoma «inoperable» con las toxinas mixtas de estreptococo y del bacilo prodigiose.—El Dr. *W. B. Coley* dijo que emplea estas toxinas mixtas desde 1892. Hasta ahora sólo aconseja el tratamiento en los casos de sarcoma «inoperable»; pero en vista de los resultados obtenidos por él y por otros cirujanos, cree conveniente emplear estas inyecciones después de operar el sarcoma para evitar su recidiva. En estos casos la dosis debe ser mucho más pequeña, la suficiente para producir una ligera reacción, continuándose el tratamiento durante dos ó tres meses. Cree también útil, en todos los casos de sarcoma de las extremidades, ensayar el tratamiento por las toxinas mixtas antes de sacrificar un miembro por la amputación. Funda esta opinión en 12 casos de sarcoma de las extremidades, en los que ensayó dicho tratamiento, obteniendo los resultados siguientes: el tumor desapareció en 8 casos, encontrándose bien estos individuos tres á seis años después; 2 se encontraban bien un año después de emplearse este tratamiento; los otros 2 son casos muy recientes para poder afirmar nada. De los 12 sarcomas, 8 eran de células redondas, 2 fusiformes y en 2 no se hizo el análisis histológico, aunque la amputación fué aconsejada por cirujanos eminentes. Cinco eran sarcomas de la tibia, 1 del peroné, 2 del fémur, 1 del antebrazo, 1 del húmero, 1 del muslo, que interesaba el periostio, y otro de la pierna. En todos estos casos había sido recomendada la amputación, pero se creyó conveniente ensayar las toxinas.

Para terminar, indicó el Dr. Coley el resultado final de 34 casos, en los que ha empleado este tratamiento. El tipo de las neoplasias era el siguiente: 12 de células redondas, 16 de células fusiformes, 2 de células mixtas, 1 epitelioma y 3 de diagnóstico claro, aunque no se confirmó histológicamente. El resultado del tratamiento en estos casos fué el que sigue: 4 se encontraron bien menos de un año; 3 de uno á dos años; 3 de dos á tres años; 3 de tres á cinco años; 23 de cinco á trece años. En 5 casos hubo recidiva fatal. En uno de estos últimos casos el enfermó se encontró bien durante ocho años, 1 tres años y cuatro meses, 2 dos años y medio, 1 siete meses y otro seis meses. Estos 5 casos recidivantes prueban la exactitud

del diagnóstico. Hasta ahora ha coleccionado 56 casos de éxito parcial ó completo obtenido con este tratamiento por otros cirujanos.

(*New York Med. Journal.*)—F. Toledo

PERIÓDICOS

Patogenia de la anemia producida por el anquilostoma. — La mayor parte de los autores modernos atribuyen la anemia anquilostomiásica mucho más á toxinas segregadas por el parásito que á las hemorragias ocasionadas por el mismo.

El Dr. Alessandrini se ha propuesto dilucidar este asunto estudiando la estructura anatómica del parásito en el Instituto Zoológico de Bona.

Resulta de dichos estudios que el anquilostoma tiene en la parte anterior de su cuerpo dos clases de glándulas, cuya función nadie había descrito hasta ahora; dos de ellas, las glándulas cefálicas, son muy pequeñas, desembocan al lado de la cápsula bucal y parecen desempeñar el papel de glándulas salivares; las otras dos glándulas, llamadas cervicales, flotan libremente en la cavidad abdomiual, son grandes y ocupan casi la mitad de la longitud del cuerpo. Son unicelulares, con contenido granuloso y con un núcleo grande en la parte posterior, que aparece algo hinchada y que desemboca al exterior por medio de una abertura situada en la cara ventral del parásito y un poco por delante de la papila lateral.

Estudiando el autor estas glándulas en la platina del microscopio, dice haber comprobado que su secreción ejerce una acción claramente hemolítica sobre los glóbulos rojos.

Mientras el anquilostoma con sus ganchos de quitina perfora en muchos casos la mucosa hasta fijarse en la submucosa, las glándulas mencionadas vierten su secreción, que provoca una hiperemia. Dicha secreción infecta la sangre evacuada para que pueda servir de alimento al parásito.

(*Policlinico*).—R. del Valle.

La leucocitosis en el envenamiento por los hongos. — Los Dres. G. Spagniolo y M. Signer deducen de sus experimentos que los alcaloides de los hongos son susceptibles de modificar la fórmula leucocitaria de la sangre. Si se inyectan unos cuantos milígramos de muscarina, se produce leucocitosis marcada. El empleo repetido de éste y de los demás alcaloides de los hongos de modo que produzca el envenenamiento crónico, disminuye el número de leucocitos, lo que indica que el organismo se habitúa á los venenos, y no reacciona contra ellos con la energía primitiva. La leucocitosis producida por la muscarina persiste varios días, y después disminuye paulatinamente hasta recobrar la cifra normal. A la vez que la leucocitosis, se observa aumento notable del número de leucocitos polinucleares y, por último, de linfocitos. En los animales, á los que se inyecta atropina después de la muscarina, la leucocitosis es menos marcada. La atropina, á semejanza de otras substancias como la pilocarpina, la digitalina, el ácido fénico, etc.,

tiene la propiedad de disminuir el número de leucocitos de la sangre. En el envenenamiento por la muscarina, la atropina obra, por lo tanto, oponiéndose á la reacción del organismo, que intenta defenderse contra la muscarina, y combate los efectos nocivos de los venenos de los hongos.—

(*Riforma Medica*, 16 diciembre 1905). —F. Toledo.

Patogenia de la enfermedad de Banti y tratamiento de ésta con la esplenectomía. — Refiere el Dr. J. Umber el caso de un individuo joven que presentaba al ingresar en el hospital un tumor enorme en el bazo, infarto hepático, ictericia ligera, hemorragias intestinales ocultas, anemia y á temporadas ascitis poco pronunciada é irritación inflamatoria del riñón. En los tres meses de observación, los síntomas se fueron acentuando de un modo visible. Extirpado el bazo, se encontraron en él: gran abundancia de sangre, aumento de volumen de los folículos y depósitos de pigmento. Extirpado un trocito del hígado, se vió que en esta víscera había acumulación de linfocitos en el tejido conjuntivo periportal. Después de extirpado el bazo, mejoró en el acto el estado general, desapareció la ictericia, se desinfartó el hígado, la anemia se corrigió rápidamente y el sujeto quedó curado desde entonces de un modo definitivo.

Ahora bien; si de todo lo expuesto ya se puede deducir con seguridad que en este caso el bazo presentaba un aumento anormal de su poder destructivo de los glóbulos rojos y que el factor causal se hizo desaparecer con la esplenectomía, se vió por otra parte, con un examen detenido del cambio nutritivo que se practicó veintitrés días antes de la operación y doce días después en la convalecencia, que á la par que el factor antes expresado, había existido una destrucción tóxica de la albúmina, destrucción que desapareció después de la esplenectomía.

Además de la eliminación excesiva de nitrógeno por la orina, se encontraron en esta periódicamente grandes cantidades de cuerpos purínicos, no obstante estar exento de ellos la alimentación. Este síntoma revelaba que de cuando en cuando se verificaba una destrucción muy considerable de glóbulos blancos.

Cree el autor, á juzgar por este caso, tan interesante como bien observado, que hay motivos suficientes para conservar la enfermedad de Banti, como tipo morboso bien definido y opina que tanto el infarto hepático como la ictericia se deben interpretar como estados consecutivos á la afección primitiva del bazo. La ictericia, en especial, se debe atribuir á la enorme destrucción de glóbulos rojos que se verifica en dicho órgano. Sin embargo, no niega el autor que puedan existir cuadros sintomáticos complejos parecidos á la enfermedad de Banti, y que no se pueden interpretar del modo antes expresado. El mismo Dr. Umber dice haber observado uno de dichos casos, en que no había nada de anemia tóxica esplenógena.

De todas suertes, una vez establecido con seguridad el diagnóstico de enfermedad de Banti, la indicación de la esplenectomía es absoluta.

(*Zeitschrift für klin. Medizin*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LAS CONDRITIS COSTALES

Lección clínica dada en el Hospital de Santa Cruz de Barcelona el día 23 de Noviembre de 1905

POR EL DOCTOR

D. ALVARO ESQUERDO

SEÑORES: Hoy que se presenta la ocasión de observar un enfermo que puede figurar como tipo clínico, que podemos examinarlo en buenas condiciones y que podemos operarlo en seguida para hacer la biopsia, demostrar lo diagnosticado y ver el fundamento de lo pronosticado, voy á darles una conferencia de carácter eminentemente práctico.

En el transcurso de mi carrera he tenido que ver muchos enfermos con supuraciones paracartilaginosas, precartilaginosas y retrocartilaginosas, particularmente en los cartílagos que forman las alas del tórax. He visto que son enfermedades recalcitrantes, reincidentes y muy molestas, tanto que muchas veces deterioran al individuo y hacen apuntar la sospecha de tuberculosis. Sin embargo, no he visto muchos tuberculosos con la enfermedad que nos presenta este individuo. El caso más grave lo ví al principio de mi carrera: tuvimos que operarlo con mi amigo Dr. Cardenal; nos cansamos de perseguir lesiones, después de resecar cartílagos, costillas y esternón; casi nos acobardamos temiendo un fin desastroso, inmediato: no obstante, el enfermo curó bien. Era un individuo de cuarenta y dos años, muy envejecido, con aspecto de tuberculoso, el cual después ha vivido más de veinticinco años en perfecta salud. Su histo-

ria inicial fué la misma de este enfermo, sino que siguió un calvario de tres años antes de llegar á la operación.

El individuo que tenéis presente tiene veintiséis años, y su aspecto actual es bueno. Sólo notáis en él que se ruboriza y se isquemia con una facilidad extraordinaria, y que, dado su buen color y animosidad, tiene un pulso muy débil, como dice el vulgo, con poco grosor de arterias y poca tensión. Débese esto á poca impulsión cardíaca y poco tono de los centros nerviosos. Es el tipo que he observado más en esta clase de enfermos.

Ha tenido siempre buena salud; en el mes de abril pasado sintió quebrantamiento general, perdió el apetito, se le ensució la lengua y dejó de mover el vientre con regularidad. No ha llegado á guardar cama, pero dice que ha estado cuatro meses sin poder hacer nada por el quebrantamiento, la dejadez, la inapetencia, el dolor de cabeza y el mal humor. Tened en cuenta que vive en el campo y no ha sabido nunca si ha tenido temperatura, por lo cual no se ha hecho cuidar por el médico. En el mes de junio tuvo tanta repugnancia por la alimentación que llegó á vomitar algunas veces lo que tomaba; tenía mucha sed, mucho estreñimiento y el vientre hinchado. Entonces sintió dolores en el sitio en que hoy observamos un tumor.

Si tratamos de formar un juicio retrospectivo sobre lo que tuvo, se nos viene á la mente el cuadro de ciertas infecciones gastro-intestinales que hoy conocemos con los nombres de fiebres de Barcelona, fiebres del Mediterráneo y fiebres de Malta. Calenturas insidiosas, sin determinación fija, que unas veces acaban con tuberculosis pulmonar, otras con tuberculosis meníngeas, otras con tuberculosis intestinales y la mayoría se curan cuando les da la gana. Me parece que no son nuevas, que buena parte de influencia en su duración tienen la obsesión de la alimentación y abuso de medicación, y que si se ven más pronto que antes es por la vulgarización del termómetro. No obstante, no he de fijar yo el concepto de estos hechos, y me limito á hablar de dichas fiebres para hacer notar que todas comienzan por una infección gastro-intestinal, y que al finalizar no son raras las manifestaciones de infecciones óseas en forma de osteítis centrales, epifisarias, yuxtaepifisarias y periostitis.

En la mayor parte de hechos de esta naturaleza que he observado, he podido comprobar la infección gastro-intestinal insidiosa, aunque no intensa, como preludio de la condritis costal. Raras veces he visto sobrevenir estas lesiones á consecuencia de traumatismos ni de lesiones pleuríticas ó pulmonares. De modo que no puedo

creer que sea su causa ni la perturbación nutritiva por acto traumático, ni por propagación directa; siempre he visto la relación entre un decaimiento orgánico de más ó menos duración y la mayor parte de las veces he podido comprobar la preexistencia de la infección gastro-intestinal. En cinco casos en que he tenido que intervenir de un año á esta parte, el cuadro ha sido típico, con la sola diferencia que en una enferma fué más intenso, pues me dijo que había tenido una fiebre tifoidea.

Hay, pues, el hecho de la infección con trastornos generales, antes de marcarse y fijarse la lesión local.

Es verdad que lo mismo puede haber penetrado el germen por las vías respiratorias que por las vías digestivas; pero como en estos enfermos no encuentro la bronquitis ni antes de los trastornos generales ni mientras duraron ellos ni después, y en cambio encuentro los hechos bien marcados de infección gastro-intestinal, yo he de creer buenamente que la puerta de entrada ha sido la vía digestiva. Como no hay relación linfática ni vascular directa entre los cartílagos de las costillas y el tubo digestivo; como veo siempre en estos enfermos las alteraciones hemáticas y los trastornos nerviosos con trastornos de nutrición, he de creer que ha habido absorción de gérmenes patógenos de las vías digestivas, y que por medio de la sangre éstos han venido á fijarse á órganos de poca resistencia, como son los cartílagos costales. Fijáos en el hecho y cuando observéis otros casos, veréis casi siempre comprobada la relación entre el proceso y la infección gastro-intestinal.

Si nos fijamos un poco en la vida anatómica de estos órganos, veremos que siendo el cartílago tejido de transición, los que más viven como tales son los costales. Se osifican los del pubis y de las articulaciones sacro-ilíacas, llegan á osificarse los discos vertebrales, desaparecen los de revestimiento en las artritis secas, se osifican el hioides, tiroides y anillos de la tráquea, pero los costales aguantan como tales mientras el individuo respira. Es porque la respiración, que no admite reposo y que requiere la movilidad costal en sitio donde no hay articulaciones, no da tiempo á que el cartílago se convierta en hueso. Así se mantienen los cartílagos costales en constante estado de transición. Aparte entre los movimientos repetidos y la deficiencia de la nutrición cartilaginosa, dan motivo para que se fijen en estos cartílagos gérmenes de poca actividad patógena, pero de acción constante en la sangre. En otros tejidos la infección toma incremento ó evoluciona de una manera rápida, mientras que en estos cartí-

lagos, desde que comienza el dolor hasta que se marca el tumor, transcurren á veces meses. Se trata de lesiones pequeñas é insidiosas en un principio. En cuanto se marca el tumor pocas veces se absorbe ni se resuelve. Entre los varios casos que he observado sólo recuerdo uno, sobrevenida la condritis, también en la declinación de una fiebre gástrica, en el cual á pesar de la infiltración pericóndrica con fluctuación aparente, no hubo supuración.

He observado periostitis costales, osteomielitis costales y artritis costovertebrales, regularmente, como manifestaciones tuberculosas, concomitantes con otras lesiones ó en relación con otras lesiones, y pocas veces he visto una relación tan evidente entre la lesión costal y la infección gastro-intestinal. He observado fístulas pulmonares y pleuríticas con erosiones de costillas ó caries de costillas, y no recuerdo haber observado la condritis como consecuencia de lesiones de órganos inmediatos. Por esto decía al principio de esta conferencia que se trata de un cuadro clínico bien definido, que por si sólo, puede constituir enfermedad especial.

Regularmente la lesión recae en sujetos desde los quince á los cuarenta y cinco años, y con más frecuencia de los veinte á los treinta y cinco. ¿Por qué? No lo sé, pero es lo que yo más he visto.

En cuanto al alcance y extensión de las lesiones, muchas veces queda uno sorprendido por la insignificancia de la lesión y otras por las consecuencias de la misma.

Aquí mismo tenéis á este individuo con un tumor de más de 12 centímetros en su base y de 3 á 4 centímetros de prominencia, que se apoya sobre los cartílagos séptimo, sexto y quinto de las costillas izquierdas. Ya véis que está rubefacto en la parte más alta y que es muy doloroso al tacto. No obstante, es muy fácil que la lesión sea muy pequeña. Fijáos en su evolución, y después comprenderéis la diferencia entre el volumen y la lesión anatómica inicial. Comenzó el dolor en el mes de julio, le molestó durante un mes, se hizo tolerable después, y ahora hace un mes que ha vuelto á apretar. Desde hace quince días que el tumor ha llamado la atención del enfermo por su crecimiento. Hace cuatro días que ha venido á la visita. Hemos visto crecer el tumor en estos días. Esto hace suponer que la lesión es pequeña, que fué poco intensa en un principio y que cuando la abundancia de los productos de destrucción ha molestado á los tejidos inmediatos y perturbado su nutrición, se ha agudizado la infección.

También la evolución lenta, y la aparición tardía del tumor sir-

ven para marcar el sitio de la lesión. Si la lesión se hubiese iniciado en la cara anterior del cartílago, se habría apercibido más pronto el enfermo y se habría marcado más pronto el tumor. Probablemente se habría abierto sin formar tanto bulto.

El proceso puede desarrollarse por delante de las inserciones del oblícuo mayor ó del serrato ó por detrás de los últimos fascículos del pectoral mayor; por la cara anterior, en los bordes ó cara posterior; detrás de las inserciones musculares produce dolores muy molestos, perturbando los movimientos, pero se aprecia pronto; en los bordes y en la cara posterior tiene los músculos intercostales que le sirven de valla y tarda en apreciarse; en la parte posterior es poco dolorosa y no puede descubrirse fácilmente. He visto algunas veces enfermos que acusaban dolor en los cartílagos costales, sin que yo pudiese diagnosticar la lesión hasta quedar sorprendido por el tumor. Creo que á otros les habrá ocurrido lo mismo y, como yo, se habrán ido entreteniendo en suposiciones y medicaciones de entretenimiento.

Cuando se nota el tumor es fácil diagnosticar. Conociendo la etiología de la enfermedad y habiendo observado repetidas veces su evolución, es posible prever y hasta diagnosticar cuando ni se toca ni se ve nada. No necesitamos esforzarnos en buscar hepatitis corticales, perihepatitis, pleuritis y mediastinitis. Tampoco debemos alarmarnos ni alarmar á los parientes con los temores de una neoplasia. Cuando no puede diagnosticarse la condritis puede suponerse, y esperar para diagnosticarla cuando haya suficiente fundamento para ello. Un dolor que aparece en los cartílagos, en el decurso ó á la declinación de una infección gastro-intestinal, con más motivo si ésta no ha sido aparatosa, cuyo dolor se hace persistente á pesar de la medicación tópica ha de hacernos pensar en la condritis; y si apreciamos abultamientos en la supuración del cartílago.

Regularmente los focos de supuración de estas condritis se abren por la piel y parte baja del tórax. No he visto ninguna que se haya abierto en la pleura, por más que he visto abrir la pleura operándolas; en algunos casos yo tampoco he podido evitar la abertura de la pleura. Aun en los casos de lesiones iniciales posteriores ó de lesiones extensas y graves, se comprende que no venga là supuración á la cavidad pleurítica por el engrosamiento de la pleura, debido al trabajo de defensa que se establece con la inflamación, y al refuerzo que le proporcionan las inserciones del músculo triangular. Alguna vez he visto abrir el foco por debajo del reborde costal y fuera

de las inserciones del recto ú oblícuo del abdomen, pero nunca en el peritoneo. Cuando las lesiones radican en los bordes ó en la cara posterior de los cartílagos, entonces, debido á la disposición de los intercostales, encontramos trayectos tan irregulares y tan fuera de la dirección del foco, que es imposible seguirlos para llegar á él. Estos pueden encontrarse debajo de las inserciones del oblícuo ó encima de las del serrato, aun tratándose de lesiones de la cara externa; pero ocurre con seguridad en las lesiones de los bordes y cara posterior, aunque sean únicas y reducidas. Por esto, aun teniendo delante el trayecto fistuloso y un estilete en la mano, muchas veces es imposible fijar ni el cartílago ni el sitio de la lesión.

Las lesiones anatómicas pueden variar mucho; desde la simple erosión, apenas perceptible, á la caverna y á la condro-osteítis con medulitis costal ó esternal.

Lo más común es que la lesión se fraguó en el mismo cartílago; pero suele encontrarse también en el punto de unión de cartílago y costilla ó de cartílago y esternón. Entonces puede correrse á la médula costal ó al diploe esternal.

Ultimamente me encontré, operando á una enferma que llevaba seis meses de trayecto fistuloso y once meses de condritis, que después de incindir ampliamente el foco y destruir toda la capa granulosa del fondo, no encontraba lesión ósea ni cartilaginosa; pero como tenía la convicción de que, á haberse tratado de un absceso de partes blandas, con los diferentes medios empleados para agotar la supuración se habría curado el trayecto fistuloso, no me dí por satisfecho y proseguí la exploración. Efectivamente, por debajo y detrás del cartílago de la quinta costilla y muy cerca del esternón, encontré un pequeño desgaste como hecho con la punta de un cortaplumas. Otras veces he encontrado una pequeña abertura en la cara anterior del cartílago y una excavación más ancha en el centro, cubierta de granulaciones; en algún caso he encontrado el cartílago perforado de parte á parte como si se hubiese practicado la abertura con un sacabocados.

Lo común es encontrar el cartílago desgastado en uno de sus bordes como si se hubiese practicado la excavación con una cucharilla cortante, y el fondo cubierto de granulaciones blandas descansando sobre una superficie rojiza. Si la lesión recae en el punto de unión entre cartílago y hueso, es seguro encontrar la diploitis ó medulitis difusa, con rarefacción ósea y hasta con pequeños secuestros, lo cual constituye entonces la vulgar caries esternal ó costal.

A pesar de que por lo observado, es de suponer que la lesión inicial fué única, cuando damos con casos de larga duración, con abundantes supuraciones, repetidas inflamaciones y trayectos múltiples, es común encontrar lesiones difusas á distancia en el esternón y lesiones en varias costillas. Esto podría hacer suponer si la lesión comenzó por varios puntos á la vez, ó si se trata de un proceso difuso que abarcó todo el plastrón óseocartilaginoso. No he tenido nunca ocasión de apreciar las cosas de esta manera, ni hay motivo para pensar que así sucedan. Así como en un hueso grande encontramos las osteomielitis agudas extendidas de una á otra epífisis ó abarcando todo el diploe, podría ocurrir una cosa idéntica en estos casos; pero es necesario tener en cuenta que aun en aquellos huesos y en los casos más graves y rápidos, la infección se inicia en un punto limitado; sólo que, por la continuidad de la substancia medular, por la comunidad de periostio, por la comunicación de la capa osteógena de éste y la médula y por la valla que á la difusión oponen la parte compacta y en último término el periostio, la infección se difunde con tal rapidez y los trastornos son tan difusos, que nos producen el efecto de una panosteítis aguda.

A pesar de la continuidad de cartílago y costillas y esternón, de periostio y pericondrio, se trata de tejidos de distinta conformación, distinta consistencia, distinta estructura y distinta vascularización, para que la difusión pueda verificarse como ocurre en los otros huesos. Siendo así que no vemos nunca estas formas difusas agudas, ni vemos tampoco las formas múltiples iniciales, hemos de pensar que las lesiones múltiples y la difusión sobrevienen progresivamente por la persistencia de la supuración y las perturbaciones que sufre la nutrición de los huesos inmediatos al foco de supuración, cuando no por propagación directa.

La nutrición de costillas y esternón se verifica más por el periostio que por la cavidad medular: la nutrición del cartílago se verifica por el pericondrio. Así es que, si un proceso infectivo determina trastornos en los tejidos inmediatos, con engrosamientos, infiltraciones, reblandecimientos, repetidas inflamaciones, no puede menos de interesarse el cartílago inmediato en la forma de infiltración y reblandecimiento y el hueso en la forma de osteítis rarefaciente. Por esto vemos los cartílagos de color amarillo sucio y los huesos de color rojo vinoso y de consistencia blanda alrededor de estas inflamaciones. Si por cualquier parte la infección invade el centro del hueso, tenemos el foco de osteomielitis progresiva ó caries de ester-

nón ó costillas. De este modo puede explicarse la participación de varias costillas en el proceso y de varios puntos del esternón. No obstante, en el esternón basta que la lesión se haya propagado por la continuidad del cartílago, para que una vez invadido el hueso se vaya extendiendo por el diploe y se presente con focos distintos en apariencia, pero bien relacionados por la substancia diplóica. Conviene tener muy presente esta posibilidad para no fiarse de los casos de caries en focos aislados del esternón.

Es indudable que cabe la curación espontánea de un foco de condritis sin llegar á supuración; sólo recuerdo el caso de que he hablado anteriormente. Depende esto de la intensidad de la infección, de la constitución del individuo, de las perturbaciones que ocasionó la infección gastro-intestinal y de la manera como se repone; pero una vez que se ha formado supuración, tarde ó temprano tiene que abrirse.

Afortunadamente, la supuración, una vez establecida, tarde ó temprano se abre paso al exterior. Unas veces de una manera directa y otras siguiendo caminos torcidos y caprichosos.

Si la abertura se verifica directamente á la piel y en dirección declive para la salida natural del pus, puede obtenerse una curación espontánea: se forma el absceso, se marca el bulto en la piel, se reblandece éste y desgasta, se verifica la abertura espontánea y queda un trayecto que persiste algún tiempo, pero supura poco y acaba por agotarse.

Cuando la lesión es anterior ó de uno de los bordes y cae por debajo de las inserciones pectorales, por fuera de las inserciones del recto ó por encima de las del oblícuo, es fácil, con la incisión, dejar al descubierto la lesión, rasparla, cauterizarla ó emplear tópicos modificadores que en forma de inyecciones ó cilindros vayan directamente á la lesión y determinen su curación; pero cuando aun siendo la lesión anterior, el absceso se forma debajo de las inserciones musculares y es desviado por ellas, puede abrirse el absceso á distancia de la lesión y perderse las relaciones entre ésta y aquélla. Siendo las lesiones posteriores ó de los bordes, es difícil que después de abierto el absceso se conserve el paralelismo ni las relaciones de abertura y foco. Muchas veces es imposible encontrar la lesión aun manejando el estilete con prudencia y pericia.

Puede llegar á encontrarse la lesión y hasta colocarse un tubo de desagüe que conduzca á ella, pero resulta muy difícil sostenerlo en su sitio. Por esto es difícil é inseguro contar con la acción de los me-

dicamentos tópicos. Debido á ello se hacen rebeldes á la medicación tópica trayectos insignificantes y que apenas supuran. Es más, siendo irregulares los trayectos, resulta muchas veces que al dar inyecciones cáusticas para modificar las granulaciones y la lesión, se producen reacciones intensas que determinan el cierre de la abertura momentáneamente, la retención de productos sépticos, nuevas inflamaciones y hasta erisipelas. El año pasado tuve que operar á una enferma que tenía la abertura debajo de la mama y en la línea mamilar, la cual en siete meses de trayecto sufrió cuatro erisipelas graves; al operarla tuve que ir á buscar la lesión en el borde inferior del cartílago de la novena costilla.

Todo esto me induce á aconsejar una operación radical desde el primer momento, y más en un enfermo que acude al hospital. Podríamos practicar en éste una incisión simple para dar salida al pus; tal vez le bastase con esto, pero es lo más probable que después de días y meses, viendo que la supuración no se agotaba, tuviésemos que recurrir á la operación. Si se curaba el enfermo con una simple incisión podríais decirme que habría salido ganando con nuestra prudencia; pero si teníamos que operarlo después, además del tiempo perdido, con seguridad nos encontraríamos con más dificultades para dar con el foco. Ahora encontraremos el absceso y será fácil dar con la lesión que motiva la supuración; después tal vez sería muy difícil encontrarla.

He visto casos en los cuales el cirujano, poco avisado, se ha dado por satisfecho con encontrar la membrana granulosa; la ha destruído por cauterización, raspamiento ó extirpación, y creyendo dejar una herida limpia, ha suturado, esperando obtener una curación rápida. Su sorpresa ha sido grande cuando ha visto la herida infectada y continuar la supuración á pesar de sus meticulosos cuidados y precauciones. Podría citaros más de un caso que ha sido operado dos y tres veces, y lo que me consuela es ver que también los he observado en clínicas extranjeras.

Hay dos motivos para que estos casos sean reacios al tratamiento, aun al operatorio; por una parte el olvido del foco inicial, y por otra las condiciones especiales de los cartílagos.

El cirujano, escamado en estas operaciones, ni desiste hasta encontrar la lesión inicial, ni cierra la herida para obtener una cicatrización por primera intención. Tened en cuenta que estos casos los operamos siempre con infección, y que es difícil responder de la asepticidad de una herida infectada. En los abscesos de partes blan-

das basta dar salida al pus y establecer un buen desagüe para obtener la curación. En los abscesos de procedencia ósea es necesario que se desprenda el hueso mortificado por escama ó desgaste, y que sea cubierta su superficie con granulaciones sólidas para obtener la curación. Tanto en las partes blandas como en el hueso es cuestión de tiempo, pero siempre en relación á la clase de tejido y á la cavidad del hueso que hay qne rellenar. Todos sabéis el tiempo que necesita una herida cavitaria de hueso, aun en los huesos esponjosos, que son los mejores para esto; pues el cartílago todavía está en peores condiciones. Es tejido que no tiene vasos, que se nutre por imbibición, que es muy lento en regenerarse, y que la mayor parte de las veces no se regenera.

Cuando se produce una caverna en un cartílago, tened por seguro que se llenará de granulaciones, y como éstas no pueden nutrirse bien en un tejido que se nutre tan mal, quedan allí llenando la caverna como granulaciones neoplásicas. Si no facilitáis el relleno de la cavidad por aproximación de la pared opuesta, tened por seguro que persistirá la supuración indefinidamente. Si seccionáis un cartílago y podéis cubrirlo con tejido aséptico, es probable que tarde mucho tiempo en confundirse la superficie seccionada con el tejido que la cubre, pero no ocurrirá nada; mas si dejáis que se interpongan coágulos ó líquidos entre el tejido inmediato y el cartílago seccionado, en cuanto se infecten unos ú otros no contéis con la adhesión del tejido inmediato á la superficie de sección. Es necesario que entonces se establezca un trabajo de modificación del cartílago para transformarse la superficie seccionada y convertirse las células en tejido conjuntivo que pueda confundirse con el de cicatriz ó bien dejarse invadir por nuevas células que sustituyan á las destruidas y se confundan con las cartilaginosas. Ya sabéis cuán difícil es este trabajo y cuán lento resulta siempre. El que ha practicado operaciones sobre cartílagos observa que los mamelones tienden á cubrir el cartílago, pero no se confunden con él. En las heridas que se practican sobre los cartílagos costales, por poco que nos descuidemos perderemos de vista los extremos cartilaginosos cubiertos por las granulaciones; pero si inspeccionamos el fondo, pronto daremos con los fondos de saco que conducen á la superficie lisa del extremo cartilaginoso. Por no tener esto presente, he visto operaciones extensas y bien practicadas, con persistencia de trayectos múltiples y fístulas que nunca se agotan.

Si esto puede ocurrir curando las heridas al descubierto, con se-

guridad pasa cuando se quiere obtener una cicatrización pronta.

Alguna vez podréis obtenerla cerrando la herida, pero la mayor parte de las veces tendréis que arrepentiros, como á mí me ha ocurrido.

Yo aconsejo que en estos casos, si se opera antes de abrirse el el absceso, se practique una incisión amplia, se destruyan bien las granulaciones, se examine detenidamente el fondo, y no se pare ni nos demos por satisfechos hasta encontrar la lesión cartilaginosa. Debe perseguirse el foco recortando el cartílago ampliamente para evitar la aproximación de los extremos. No debe escatimarse el cartílago necesario para evitar que queden recodos retrocartilaginosos de difícil taponamiento y vigilancia. Si quedan extremos cartilaginosos cortos aplicados al esternón ó á las costillas, vale más quitarlos para dejar una herida ósea que dejar una herida cartilaginosa. Por poco que sospechemos de la médula costal, debemos resecar el extremo de la costilla, y si del esternón, resecar la lámina anterior y raspar diploe hasta dar con hueso de buena consistencia.

Procediendo así, no dejando rincón por perseguir y taponando bien, es segura la curación; pero no os empeñéis en conseguirla de un modo rápido. Mientras no tengáis superficie ósea ó cartilaginosa sustituida por buenas granulaciones, no dejéis avanzar la cicatrización. Procurad siempre guardar sitio para vigilar, taponar y cauterizar los extremos óseos y cartilaginosos. Debe contarse siempre con un promedio de uno á dos meses para asegurar una de estas curaciones. A veces se necesitan tres ó cuatro.

El Dr. Ribas se encargará de operar este enfermo, por tener yo que ausentarme. Ateniéndose á lo dicho, procurará no escatimar la incisión ni dejar la operación sin encontrar el foco de lesión cartilaginosa. Después dejará la herida taponada. Y si queréis seguir á este enfermo, veréis cómo se cura y cuánto tiempo tarda en curarse; pero se curará.

NOTA DEL DR. RIBAS, MÉDICO AYUDANTE DE LA VISITA

Practicada una incisión semilunar con la convexidad inferior desde el borde esternal hasta la línea axilar anterior é inmediatamente por encima del tumor descrito por el Dr. Esquerdo, nos encontramos con un absceso, del que salía pus espeso de color obscuro y en pequeña cantidad, limitando la cavidad, no una pared lisa, sino un tejido friable fungoso que en extensión de más de 3 centí-

metros alrededor de la cavidad del absceso cubría el borde inferior del pectoral mayor y superior del oblicuo mayor; extirpado este reborde fungoso, vimos inmediatamente en el intersticio del pectoral y del oblicuo mayor una prolongación de dichas fungosidades, que nos guió para encontrar la lesión. Desprendimos las inserciones inferiores del pectoral mayor, y separado el borde inferior de dicho músculo hacia arriba y las superiores del oblicuo mayor hacia abajo, pudimos ver que la prolongación fungosa salía por un orificio del tamaño de una moneda de 2 reales y á una distancia de 2 centímetros del borde esternal por entre el cartilago 5 y 6: introducimos el dedo por dicho orificio fungoso, y encontramos una cavidad cuyos límites no se podían precisar. Resecamos casi en toda su extensión el 5, 6 y la inserción esternal del 7. Con lo que quedó al descubierto una cavidad fungosa que descansaba sobre la pleura parietal engrosada. Limpiamos las paredes de dicha cavidad y taponamos. Examinados los trozos de cartílago, encontramos el 5.° horadado en su pared posterior y junto al borde superior, y cubierto dicho agujero de fungosidades rojizas, retiradas las que, se aprecia una caverna del volúmen de una avellana y que parecía hecha con un sacabocados.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DR. D. LUCIANO COUREL ARMESTO

Médico-Director numerario, por oposición, de baños y aguas minerales.

I. Tratado de Dermatología, Sifiliografía y Enfermedades venéreas, por el profesor E. Lesser.

II. Legislación de baños y aguas minero-medicinales, recopilada por Emilio de Miguel y Paredes y Fernando Martínez Carrillo, Oficiales del Negociado de baños. Madrid, 1904.

I

Es la dermosifiliografía una de las especialidades mejor definidas, de más antiguo abolengo y cuyo conocimiento teoricopráctico es absolutamente necesario al médico general. La importancia de esta rama de la Patología y la necesidad de su estudio, se demuestran con sólo pensar en el creciente número de enfermos de la piel y ve-

nereosifilíticos, y en la frecuencia con que el médico es llamado á intervenir en estos casos: lo mismo el que ejerce en las populosas ciudades, como el que visita en remotas aldeas; así el médico militar, como el civil; el que está encargado de una sala de hospital, como el que dirige un balneario, pues á todas partes llega la acción difusiva de esta clase de enfermedades, y todas las jerarquías sociales sienten la influencia de sus efectos.

¿Cómo debe hacerse el estudio de la dermosifiliografía? A no dudarlo, clínicamente. Sólo en el hospital, y con sabios maestros por guía, puede obtenerse una enseñanza sólida y fecunda que ponga á cubierto de graves y transcendentales errores. Decimos esto porque, *en teoría*, ningún médico ignora el diagnóstico diferencial, por ejemplo, entre la úlcera venérea y la úlcera sifilítica; y en la *práctica*, sin embargo, ocurren las cosas de muy distinta manera. Hemos visto en la consulta pública de nuestro honorable condiscípulo el eminente especialista Dr. Azúa, algún enfermo con sifiloma del prepucio que iba diagnosticado y tratado como de chancro blando, y viceversa, otros de úlcera venérea tratados como sifilíticos; y casos típicos de sarna confundidos con otras dermatosis. Como hemos visto también en la consulta del reputado oculista, Dr. Mansilla, enfermos con *iritis sifilítica* diagnosticados de *neuritis óptica*. Revelan estos hechos dos cosas: 1.°, la imperiosa necesidad de que el médico general conozca lo más elemental de las especialidades, cuyo estudio debiera de ser obligatorio, y 2.°, el abandono en que se tiene los estudios clínicos.

Y es que en España nos pagamos mucho de la forma retórica, de efectismos, de neologismos, de la *palabrería*, en fin, y menospreciamos la observación del hecho práctico, la clínica con sus poderosos atractivos, siempre nueva y siempre varia é instructiva. Semejante abandono es imperdonable en los grandes centros docentes, como Madrid, donde existen clínicas oficiales, numerosas policlínicas y sabios maestros; y sólo encuentra disculpa en los pequeños centros docentes, por la escasez de material clínico, y en aquellos puntos alejados de todo comercio científico á donde no llega la voz ni la enseñanza del maestro.

Para estos casos, en que el médico no cuenta con más consejero que el libro, son insustituíbles las obras de carácter esencialmente práctico, como la del profesor Lesser.

El libro del sabio especialista de Berlín es un trasunto fiel de la clínica. Escrito con admirable claridad, exento de vaguedades y

pesadas disquisiciones, el autor consagra predilecta atención á las cuestiones de semeiótica, de diagnóstico y de tratamiento, sin omitir por eso las indispensables nociones etiológicas y anatomopatológicas.

Lesser divide su obra en dos partes: la primera, dedicada al estudio de la dermatología, forma un tomo en 4.° de 409 páginas, de esmerada impresión, con 35 figuras y 8 láminas intercaladas en el texto, y un formulario por vía de apéndice, con los medicamentos más usuales empleados en las clínicas de Berlín. El autor confiesa ingenuamente que en la actualidad no es posible exponer una nosología general de las dermatosis, por ser desconocida la etiología de importastísimas afecciones cutáneas, y ser esencialísimo el dato etiológico para el agrupamiento de las enfermedades. Divide las *lesiones cutáneas*, que gráficamente llama *eflorescencias*, en primarias (mancha, pápula, tubérculo, tuberosidad, urtica, vesícula, ampolla y pústula) y secundarias (escama, costra, excoriación, grieta y úlcera), y después de un estudio magistral sobre el *eczema*, como la enfermedad cutánea más frecuente y que mayor importancia reviste para el práctico, pasa á la exposición de la *psoriasis*, *liquen*, *pitiriasis rubra*, *prurigo*, *pénfigo*, *dermatitis exfoliatriz* y *lupus eritematoso*, que figuran en el primer capítulo de la obra como las dermatosis más frecuentes, al lado del eczema, y cuyo conocimiento es más útil para el médico general.

En sucesivos capítulos, hasta el décimoquinto, y agrupados por sus caracteres de homogeneidad, describe las quemaduras, congelación, gangrena, úlceras cutáneas, atrofias cutáneas, alopecias, atrofias pigmentarias, tumores de la piel, tuberculosis, lupus, lepra, dermatomicosis, tricofitias, etc., etc.

La segunda parte, consagrada á la sifiliografía y enfermedades venéreas, forma también un volumen en 4.° de 351 páginas con numeroso grabados y 8 magníficas láminas litografiadas, tomadas del natural, terminando con un utilísimo formulario comprensivo de aquellos agentes más recomendados en el tratamiento local y general de estas enfermedades, sin omitir la medicación hipodérmica.

Si en la dermatología se nos muestra Lesser como un espíritu profundamente observador y clínico, en esta segunda parte de su obra se revela con esas mismas cualidades en grado superior, si cabe.

Claridad, concisión y hasta amenidad en la exposición; exactitud en las descripciones nosográficas; precisión en el diagnóstico y sencillez en la terapéutica, seleccionando lo útil y comprobado como

eficaz por la experiencia, tales son las condiciones que informan este libro : y si bien todos los temas que en él se exponen son interesantes y están trazados de mano maestra, merecen una singular mención los referentes á la uretritis blenorrágica, estrecheces uretrales, chancro blando, transmisión de la sífilis, localización de la esclerosis inicial, marcha de la sífilis, sífilis hereditaria, diagnóstico de la sífilis y práctica especial del tratamiento de la sífilis.

Tal es, en resumen, el *Tratado de Dermatología, Sifiliografía y Enfermedades venéreas*, del Dr. Lesser, traducido por los Dres. Saltor, catedrático de Barcelona, y Biada, del Hospital del Sagrado Corazón de aquella ciudad. El mejor elogio que puede hacerse de esta obra es el decir que se han publicado 10 ediciones en Alemania en el espacio de quince años; no cometeremos, por tanto, una vulgaridad al afirmar que debe figurar en la biblioteca de todo médico que se precie de poseer libros útiles y necesarios.

II

Dos probos é ilustrados funcionarios del Negociado de Baños han llevado á cabo una tarea tan pesada y fatigosa como meritoria : la de coleccionar en un libro de 400 páginas las circulares, Reales órdenes y Decretos que en materia de legislación balnearia ha publicado la *Gaceta*, con una profusión tal, como no hay ejemplo en ningún otro ramo de la Administración pública. Los Sres. De Miguel y Martínez Carrillo, con esa fehaciente prueba de laboriosidad, han querido destruir la leyenda que en España existe acerca del empleado público, al cual considera la generalidad de las gentes como un privilegiado mortal, que ha descubierto el modo de vivir sin trabajar. Esta obra, que sus autores dedican al muy digno Inspector general de Sanidad interior, Dr. Bejarano, está dividida en tres partes : la primera comprende el actual Reglamento de baños y aguas minero-medicinales, y los artículos de la Instrucción general de Sanidad aplicables á la materia ; la segunda, que es la más importante, la legislación balnearia por orden cronológico, desde el año 1842 hasta 1904 ; y la tercera, comprende los artículos de la ley del Timbre, de la ley de Aguas en su relación con el Reglamento de baños, y las Ordenanzas de Farmacia. Basta la simple enumeración de las materias que comprende este libro, para comprender cuán útil ha de ser á los Directores de baños, propietarios de establecimientos balnearios é Inspectores provinciales de Sa-

nidad, que necesitan estar *al tanto* de todo lo que se ha legislado sobre tan importante asunto.

Si en nuestra Nación se otorgasen los ascensos y empleos, no al compadrazgo y al favor, sino al trabajo asíduo y al mérito reconocido, seguramente que sería premiada la labor de los Sres. Carrillo y De Miguel, y el celo que demuestran en el cumplimiento de sus deberes; lo cual serviría de ejemplo y estímulo á otros muchos, al ver que el Gobierno apreciaba cual se merecían, las dotes de competencia y cultura de sus empleados.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesiones de los días 15 y 22 de Enero de 1906.

Un caso de cuerpo extraño del esófago. Esofagoscopia. Esofagotomía. (*Continuación*).—El Dr. González Campo: La esofagoscopia es un procedimiento utilísimo que ya va abriéndose camino en el diagnóstico y en la terapéutica. La esofagoscopia data de antiguo. Mickulicz y Rosenhein idearon cada uno su esofagoscopio, pero gracias á los perfeccionamientos introducidos por Killian se ha hecho práctico este procedimiento.

El esofagoscopio permite reconocer de un modo preciso y directo la mucosa; únicamente con este aparato podrán diferenciarse de un modo exacto la estenosis orgánica de la funcional. La existencia de divertículos, de dilataciones y estrecheces, de cicatrices, de ulceraciones y de cambios de coloración, así como la falta de dilatación inspiratoria del órgano, por hallarse alterada su textura, sólo por el esofagoscopio pueden apreciarse. Es el medio mejor para el diagnóstico precoz del carcinoma esofágico.

Además de permitir el diagnóstico de asiento y naturaleza de los cuerpos extraños, puede en muchas ocasiones facilitar su extracción, como ha demostrado el Dr. Tapia.

Contraindican la esofagoscopia las lesiones cardíacas graves; los aneurismas, no sólo aórticos, sino de cualquier otro vaso; las cirrosis hepáticas avanzadas; las causticaciones recientes del esófago; los estados de marasmo acentuado; las esofagorragias y gastrorragias recientes y la tuberculosis pulmonar avanzada, en particular si hace poco tiempo que produjo hemoptisis.

El obstáculo para introducir el esofagoscopio, la exagerada prominencia

de los maxilares superiores, el desarrollo exagerado de los incisivos ó la dificultad de extensión de las articulaciones de las vértebras cervicales. Es de difícil manejo en los niños, por el menor calibre de su esófago, y por su indocilidad. En el diagnóstico, lo mismo que en la terapéutica quirúrgica, los procedimientos ciegos deben condenarse, y no se apelará á ellos sino sólo cuando no dispongamos de otros que puedan ir guiados por nuestra vista; por esto, la única observación que hace al Dr. Tapia es la referente á lo que expuso acerca de que pueden las consideraciones sociales ser un obstáculo para la esofagoscopia por lo imponente y aterrador del procedimiento. No cree que nunca esas consideraciones impidan practicar medios exploradores ó terapéuticos, que consideramos insustituíbles ó superiores á los demás. En su práctica, cuando ha creído indispensable recurrir á procedimientos molestos, como el empleo de la sonda gástrica, si el enfermo no se ha sometido, se ha negado él á tratar su padecimiento.

Modificando las conclusiones de Starck, dice: *a*) en el estado actual de la ciencia debe practicarse la esofagoscopia de Killian; *b*) es muy difícil en los niños y practicable en el 90 por 100 de los adultos; *c*) es el único medio que permite apreciar seguramente las lesiones anatómicas del órgano; *d*) permite el diagnóstico precoz del carcinoma, que no se logra por ningún otro procedimiento; *e*) sirve para precisar la naturaleza de las estenosis que el cateterismo no llega á determinar; *f*) es el medio más seguro para reconocer, localizar y, en muchos casos, extraer los cuerpos extraños.

El Dr. Yagüe: El hecho de haberle sido enviado por mí uno de los casos expuestos por el Dr. Tapia, prueba que creo en la eficacia de la esofagoscopia, y que no es mi ánimo combatirla. Pero hay más que lo asesora, el que quizás el mayor número de manualizaciones del procedimiento las haya hecho el Dr. Tapia en una enferma que le envié con aereofagia, y en quien por haber anestesia faríngea, la exploración había de ser más fácil, y por ser de causa histérica pudiera resultar curativa, como con ayuda de las antiespasmódicas lo fué.

Mas no siempre resulta tan fácil la extracción del cuerpo extraño como en el primer caso, ni tan feliz como en la enferma de aereofagia; creyendo que el procedimiento tiene sus riesgos, que es necesario no olvidar, y que han de ser obstáculo para que se difunda y generalice al extremo que aquí se ha pedido.

El valor de la esofagoscopia no le creo el mismo en los cuerpos extraños que como medio diagnóstico. Para los primeros le tiene primordial y superior á cuantos recursos se han empleado hasta hoy; pero aparte la forma y volumen del cuerpo, su valor será mayor para los casos recientes, y más expuesto á ser ineficaz para aquellos que llevan tiempo de ingeridos, pues los fenómenos inflamatorios tienden á enclavarles y aumentar el riesgo de la extracción, muy pequeño ó nulo por lo general, cuando no hay contraindicación de su uso. No sucede lo mismo en su empleo como medio diagnóstico, menos positivo y mucho más arriesgado, porque la friabilidad de los tejidos expone á riesgos y hace fácil la perforación, tal como se dice que sucedió á un célebre médico alemán, que esofagoscopizando un cáncer del esófago tuvo la desgracia de que se perforara la aorta.

Esto no puede suceder cuando se tiene la habilidad que reconozco, pro-

clamo y utilizo del Dr. Tapia; pero debe cohibir para que el esofagoscopio sea empleado por todos y en todas los casos; y ahí está la razón, quizás de la lentitud con que se difunde, siendo de notar su relativamente escaso empleo por los franceses, y confirmando sus riesgos el que Ewald, de autoridad tan notoria, haya dicho que en Alemania quizás se haya esofagoscopizado ya demasiado. ¿Es que debe por ello desecharse tan valioso recurso? En modo alguno y muy al contrario; pero su empleo diestro y justo le alejará de todo peligro, y hará su consagración definitiva y más común su uso: que en los cuerpos extraños no tiene paridad con ningún otro.

El Dr. *Goyanes*, al rectificar, dirigiéndose al Dr. González Campo, dice que los propagandistas del método esofagoscópico han sido Mickulicz y Hacker. Todos los posteriores á aquéllos, Killian inclusive, no han hecho modificaciones de importancia en los aparatos, que en suma no son más que un tubo recto pulido por dentro y por fuera; las modificaciones han recaído más bien en la forma de la iluminación. Y respecto á su afirmación de que en los niños es muy difícil, dice el Dr. Goyanes que la indocilidad de ellos se vence con el cloroformo, como así está ya previsto por los autores que de esto se ocupan. Y que el pequeño calibre de un esófago no es obstáculo, porque para eso hay tubos apropiados á todas las edades.

Cuanto á los pesimismos del Dr. Yagüe, él los cree un tanto exagerados; claro que tiene sus peligros. ¡Qué hay en la terapéutica que no tenga alguno! ¡Hasta el mismo sondaje los tiene muy graves! Compara las contraindicaciones del tubo esofagoscópico con las de la sonda rígida, y deduce que aquél ofrece tal vez menos peligros porque su penetración no es ciega como la de la sonda, y puede retirarse cuando se vea el peligro.

Dice que las estrecheces cicatriciales del esófago se pueden tratar, y en Alemania se tratan por la dilatación gradual con aparatos especiales y mediante tallos de laminaria que se introducen bajo la dirección de la vista por medio del esofagoscopio.

Cita el procedimiento de Crammer para extracción de cuerpos extraños sin herir el esófago. Consiste en incindir la piel y llegar hasta el esófago; búscase entonces, á través de sus paredes, el cuerpo extraño, y mediante presiones ejercidas en él, se le moviliza y coloca en buena posición para poder ser extraído con una pinza introducida por la boca.

El Dr. Tapia: En esta discusión, á pesar de las apariencias, el acuerdo es casi unánime.

Al exponer esta comunicación, el objeto era hablar exclusivamente de la esofagoscopia como medio diagnóstico de extracción de los cuerpos extraños; todo lo que se ha dicho de la esofagoscopia en el diagnóstico en general es ciertamente extraño á la comunicación y no lo considera como objeciones. Afirma que al exponer él este tema, dijo que el terror que inspira el procedimiento, es una rémora que se opone á su empleo, no una contraindicación; claro es que habiendo desechado los instrumentos ciegos porque han producido la muerte algunas veces, él no los empleará jamás; que cuando al enfermo se le dicen estos peligros se somete indudablemente á la extracción esofagoscópica, no sucediendo lo mismo si se trata sólo de diagnosticar su presencia. Por eso afirmó que se empleará como medio diagnóstico cuando los otros recursos diagnósticos hayan fallado.

Al decir en la anterior sesión que es practicable en todos los individuos de conformación normal, quedaron eliminados, desde luego, los casos citados por el Dr. González Campo; en los niños la esofagoscopia es tal vez más fácil que en los adultos.

Dirigiéndose al Dr. Yagüe, que habló de exagerados optimismos, dice que en efecto hay que poner un freno á las exageraciones, y que con motivo del segundo caso expuesto, háse visto demostrada su prudencia. La esofagoscopia no es tan excesivamente molesta como la pintan, prueba de ello que en la clínica del Dr. Killian, el profesor y 10 alumnos, entre ellos el Dr. Tapia, hicieron todos esofagoscopia en un mismo individuo, causándole levísimas molestias. Y por su parte, en todas las ocasiones en que lo ha practicado, ha logrado el fin que se propuso sin grandes dificultades y sin producir muchas molestias.

Muestra un esofagoscopio, ideado por él, para dilatar el esófago á medida que el cuerpo extraño va siendo extraído, para evitar desgarros de la mucosa si el cuerpo es grande y dentado. Aun cuando no ha tenido ocasión de emplearle, es fácil comprender que sus resultados serán buenos.

Lesión cerebral sifilítica.—El Dr. Salas Vaca: La frecuencia con que se presentan en clínica neuropática síndromes adaptados á la más exacta descripción patológica, se interrumpe, á veces, dando lugar á formas raras en las que la localización anatómica no responde al conjunto sintomático que se observa: tal sucede al enfermo que motiva esta comunicación.

Trátase de un hombre de treinta años, cuyos antecedentes familiares se reducen á neurosismos mal determinados en la madre, y exento hasta entonces de todo accidente, sufrió hace doce años una úlcera prepucial que curó á los cuatro meses, presentándose más tarde sifílides cutáneas y mucosas, que desaparecieron en virtud de un tratamiento específico seguido durante poco tiempo.

El 7 de julio pasado, de un modo rápido y sin darse cuenta, sufre un ataque convulsivo del lado izquierdo de la cara y miembros con desviación ocular de este lado y abertura con parpadeo en este ojo; ataques que, haciéndole perder el conocimiento, repetíanse con intervalos de algunos minutos, terminando con una fase de pausa para comenzar de nuevo. Estos fenómenos se repitieron con frecuencia y obligaron al enfermo á solicitar su consulta del hospital.

Presenta el enfermo dificultad en la marcha, falta de fuerzas en brazo y pierna izquierdos, reflejos exaltados en este lado, clonus del pié, ligero hemitemblor que, afectando la cara, se exagera al principio de la pronunciación. La reacción eléctrica es normal en ambos lados. Hay sensaciones parestésicas múltiples. Inteligencia y sensibilidad normales.

Por parte del aparato ocular presenta integridad visual y de campo; la musculatura extrínseca se conserva normal en ambos ojos, la intrínseca en el izquierdo; pero en el ojo derecho presenta una midriasis persistente con pérdida de los reflejos directo y consensual, y signo de Argyll-Robertson.

La atropina y eserina ejercen su acción en este ojo, pero la cocaína no produce alteración pupilar.

Tal es el enfermo en el que se impone un razonamiento anatómico para

determinar lesión única que justifique este síndrome que, por su complejidad, se aparta de lo normal y ordinario.

Sin síntomas pupilares sería un caso vulgar de epilepsia parcial de lesión cortical ó supracortical por un foco irritativo de naturaleza específica (el mejorar con este tratamiento lo prueba); pero los fenómenos pupilares con la disociación del reflejo inducen á pensar por distinto camino.

En el orden teórico y suponiendo en la corteza representación superior de todas las acciones nerviosas periféricas, bien pudiera nuestro caso interpretarse como enfermo de lesión cerebral ó epicerebral (goma, meningitis gomosa) en el que todos los síntomas fueran de excitación (epilepsia de Jackson) y midriasis consecutiva, por estar excitada la representación del esfinter irídeo, de relación directa, según los autores, y de oficio inhibitorio sobre la acción nuclear del esfinter pupilar. En la clínica práctica no es admisible esta teoría por estar desprovista de base anatómica.

Sin apartarnos de la posible localización cortical, por coincidir con ella todos los fenómenos de convulsión hemilateral, y suponiéndola en el hemisferio derecho por la relación sintomática cruzada con los miembros y con la abducción ocular y directa con la adducción (Graset y Landouzy), tratemos de explicar el síndrome por el concurso que el gran simpático pueda ofrecernos. La prueba de los colirios nos indica que el músculo irídeo se encuentra en normalidad (acción de la eserina), que el reflejo nervioso periférico es normal en cuanto á la acción medicamentosa (acción de la atropina) y que la cocaína que, según los autores, obra por acción simpática excitando las fibras radiadas del iris, no tiene efecto en este enfermo. ¿Estaremos autorizados por ello, dado el dominio que los síntomas de excitación tienen en este enfermo, que el fenómeno pupilar fuera un síntoma de excitación simpática?

La disociación del reflejo pupilar de nuestro enfermo complica el problema de localización, teniendo que pensar en una lesión aislada de las fibras centrípetas del reflejo luminoso en su trayecto intrapeduncular. Esta localización más lógica resolvería el problema, pero no explicaría la extensión suficiente del foco para producir la epilepsia parcial sin que estuviesen alteradas otras vías tan próximas como las del hipogloso, masticador y el mismo conjunto del motor ocular común.

A estos tres puntos se refiere la discusión diagnóstica de este enfermo, á menos de admitir lesiones distintas que expliquen síntomas, pero que no justifican el diagnóstico de síndromes.

El Dr. *Arredondo* dijo que á la afirmación del Dr. Salas de que la naturaleza de la lesión no es de origen vascular porque el enfermo presentaba síntomas de excitación, opone que estos fenómenos no deben en modo alguno ser motivo para desechar tal hipótesis, que él considera la más probable, dados los antecedentes de este individuo. El ha tenido recientemente dos casos de epilepsia, y se trataba de dos muchachas con lesión vascular evidente, lo cual prueba su aserto.

Respecto al sitio de la lesión, contra lo que cree el Dr. Salas (que es peduncular ó cortical), á él se le ocurre otra localización que expone en hipótesis, pero que le parece ha de explicar los fenómenos que presentaba este enfermo. La midriasis se explica con acilidad teniendo en cuenta los

antecedentes neuropático y sifilíticos de este enfermo; en cuanto al síntoma de Argyll-Robertson, puede explicarse por una alteración vascular central que haya destruído las fibras neuronales que van al tálamo óptico; esta misma lesión, vecina de la cápsula interna, ejerce sobre ella una compresión que la irrita, traduciéndose en los fenómenos de excitación, epilepsia y temblor que presentaba este enfermo.

Hace comparaciones muy atinadas con lo que ocurre en la afasia subcortical.

El Dr. *Márquez*, después de exponer con gran minuciosidad la prueba de los colirios para saber si la midriasis es paralítica ó no, deduce que en este caso era debida á excitación del simpático.

Cree que la localización de la lesión en este enfermo es difícil y en intervención en el debate, lejos de aclararlo, va á poner de manifiesto que es muy lógica la duda. La presencia del signo de Argyll-Robertson en el ojo derecho, sin que se acompañe de síntomas de la musculatura extrínseca, hace pensar en una lesión de las fibras ópticas que llevan el reflejo pupilar á la luz; pero esto no explica los síntomas epilépticos. Acaso la lesión radique, como ha indicado Arredondo, en las vecindades de los núcleos centrales; si no había que admitir dos lesiones.

Niega la existencia de un centro cortical de la pupila, cuyos movimientos reflejos, inconscientes, no necesitan representación cortical.

El Dr. *Juarros* opina que siendo la sífilis un proceso en el que campea la pluralidad de lesiones, no hay que obstinarse en buscar un sitio donde una sola lesión pueda explicar todos los fenómenos.

En un sifilítico puede haber una lesión que explique los fenómenos de excitación como los de este enfermo, y, por otra parte, dando la sífilis un contingente grande de tabéticos, y teniendo en cuenta que el síntoma de de Argyll-Robertson precede en mucho tiempo á la presentación de los demás síntomas tabéticos, ¿no podía pensarse que este enfermo es un tabético en período incipiente?

El Dr. *Mansilla* dijo que el caso no ofrece dificultad alguna en cuanto á los fenómenos oculares: es frecuentísimo, es habitual la midriasis en los sifilíticos, y no tiene nada de particular que aquí se encuentre, puesto que se sabe que los diversos núcleos y los diversos ramos (que enumera) del motor ocular común, pueden producir parálisis de un modo independiente. Cree, como el Dr. Juarros, en la pluralidad de lesiones en este caso para explicar los demás fenómenos.

El Dr. Salas Vaca: Supone el Dr. Arredondo que la lesión está limitada á la porción del nucleo central que explicaría los síntomas pupilares y de excitación; pero, en modo alguno, los fenómenos de epilepsia jacksoniana con la desviación ocular, dado que una lesión pequeña no podría abarcar las cápsulas externa é interna por donde caminan separadas las vías oculares y de los miembros. Siendo más extenso el foco, habría fenómenos de déficit visual, que faltan en este enfermo.

Dice qne el Dr. Márquez, á quien agradece su concurso en la exploración de un enfermo, duda, como él, de la localización, sin duda porque también ha hecho despacio la observación.

El Dr. *Juarros* supone dos lesiones para considerar tabético al enfermo;

no hay que olvidar los síntomas de hipertomia que dominan el cuadro.

El Dr. *Mansilla* cree en la midriasis habitual de los sifilíticos; pero en este caso hay que pensarlo más hondo, por los fenómenos de los reflejos pupilares que el enfermo presenta.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 31 de Enero de 1906.

Un nuevo aparato presentado por el Dr. Larrú. — Continuó el Dr. Larrú en el uso de la palabra, describiendo ya exclusivamente el globo-sifón para detener las hemorragias *post partum* por inercia.

El globo, como aparato independiente, está montado en un tubo metálico que á la vez sirve de cánula vaginal. El último modelo que ha mandado construir lleva una ranura que aleja todo temor de aumento de tensión en la introducción y de producción de vacío al extraerle. Puede asimismo, sin inconveniente alguno, para alejar también todo temor de encarcelamiento, darle una longitud de 15 centímetros, con lo que la distensión del anillo en su extracción es más gradual todavía.

La técnica se reduce á mantener el globo-sifón, una vez hervido, sumergido en agua á 50°, cuando se acerca la terminación del parto. Si se encuentra indicada su aplicación, se coloca el platillo en el fondo del recipiente y el tubo encorvado en su borde; se eleva dicho recipiente á 50 ó 60 centímetros sobre el nivel de la vulva, se introducen en la vagina dos ó cuatro dedos de la mano izquierda, con su cara palmar hacia arriba, y con ellos se deprime el periné y se guía el globo hasta que parte de él se haya introducido en el útero. Entonces se saca la mano guía y se lleva al vientre para sostener y comprimir el fondo del útero mientras el globo penetra ya hasta dicho fondo, ya hasta que encuentra el obstáculo producido por el anillo de Bandl, si la hemorragia es del segmento inferior. Se friccionan rápidamente las paredes uterinas al propio tiempo que se está verificando la inyección caliente, y entonces sucede una de dos cosas: ó el útero se contrae y el globo queda más ó menos fijo, deteniéndose la hemorragia, ó el útero permanece flácido y distendido y la hemorragia continúa. En el primer caso se deja en el útero un cuarto de hora, mientras se practican otros medios si son necesarios; en el segundo se extrae el globo, se recubre rápidamente de gasa esterilizada en mayor ó menor cantidad, según la distensión uterina, y se introduce de nuevo.

La extracción se verifica lentamente y á frotamiento suave. Si la hemorragia depende de inercia parcial del segmento inferior, conviene, en el momento que el globo permanece fijo, extraer su parte más delgada hasta que sobrepase el anillo de contracción y alejar, por tanto, todo temor de encarcelación. En la inercia total, este remoto temor no puede existir, porque el útero no recobra su energía en un cuarto de hora.

Las indicaciones de este aparato son las del taponamiento á lo Dührssen. En casos de hemorragia sobreaguda, la indicación del globo es insustuíble

por no existir otro medio que obre con la rapidez, seguridad y energía de que es capaz de obrar el globo-sifón; en las del segmento inferior, que según el Dr. Larrú son las más frecuentes y en las que ha utilizado mayor número de veces su aparato, cree que son en las que más está indicado, pues obedecen más difícilmente á la compresión.

Terminó el Dr. Larrú insistiendo en las ventajas del aparato presentado, y le considera como medio seguro á la vez que inocente, por ser de fácil manejo aun para las matronas y practicantes, y el único que pueden y deben emplear en tan temible accidente, pues cualquiera de los conocidos está, por lo general, fuera del alcance de sus conocimientos, pues con la sola precaución de sostener el útero á través de las paredes abdominales y de deprimir bien el periné en la introducción, pueden detener una hemorragia que quizá fuera mortal, ó por lo menos, si el útero no está evacuado, esperar ayuda conveniente. Sobre el taponamiento de Dührssen tiene las ventajas de su fácil manejo, rapidez, asepsia y de su economía.

La compresión aórtica ni está al alcance de todos ni es posible practicarla en todas por penosa é insostenible. La compresión pubiomanual, la depresión uterina, el método de Fritsch ó el de Sava son utilísimos en las hemorragias moderadas, pero insuficientes en las alarmantes. El cornezuelo de centeno y sus derivados necesitan mucho tiempo para ejercer su acción, y ésta es de dudoso resultado.

Pero la ventaja principal del globo sifón es la de poder utilizar, al mismo tiempo que su acción oclusiva y estimulante por contacto, la eminentemente ocitócica del calor y la poderosa acción de la electricidad, al mismo tiempo de que deja completa libertad para utilizar cuantos medios consideremos oportunos.

Es, por tanto, según el disertante, un aparato indispensable al tocólogo, que asumirá una grandísima responsabilidad, si llegara á perder una enferma de hemorragia *post partum* por inercia sin haberle utilizado.

El Dr. Chacón: No es mi ánimo, señores, hacer una crítica detallada del aparato inventado por el Dr. Larrú, pues solamente he tomado la palabra para hacerle honor. Yo quisiera que para completar el juicio que pueda uno formarse del referido aparato, nos hiciese el Dr. Larrú un parangón entre todas las manipulaciones que el tocólogo puede hacer con sus manos y las ventajas que sobre ellas ofrece el aparato.

Yo francamente no sé si favorece ó, por el contrario, perjudica á la retracción del útero, pero á pesar de su brillante disertación y de los argumentos empleados, yo me inclino á pensar que más la perjudica que la favorece. Todos sabemos que existen muchas hemorragias que, á pesar de estar el útero contraído, persisten; me refiero á las del segmento inferior, que sabemos tienen una disposición anatómica distinta del resto del órgano, y por esto es también distinta la terapéutica.

¿Acaso se puede con ese aparato conseguir buen resultado en las hemorragias del segmento inferior?

No debemos olvidar que existen otros medios que coagulan la sangre del segmento inferior, y á mi juicio superiores á ese aparato, como sucede con el taponamiento de gasa bien esterilizada, que le creo de más valor que todos juntos.

El Dr. *Larrú* agradece al Sr. Presidente la deferencia con que le ha distinguido, y contestando á sus observaciones, dice que precisamente en las hemorragias del segmento inferior es donde tiene más seguridad de que su globo sifón ha de prestar mayores beneficios por la misma escasa contractilidad de dicho segmento, y tiene sobre la mano del operador indiscubles ventajas: 1.°, porque la mano sólo puede utilizar la acción estimulante y la oclusiva; 2.°, porque de comprimir la aorta á través del útero sólo puede llenar muy imperfectamente sus otros cometidos, y, por último, porque nos imposibilita para emplear otros medios, siendo todo esto fácilmente remediable con el empleo del globo-sifón.

En resumen, dice el Dr. Larrú que ha pretendido demostrar, y cree haberlo conseguido, que el globo-sifón es el medio más perfecto de que disponemos, hoy por hoy, para dominar las hemorragias *post partum* por inercia que no hayan obedecido á otros medios, ó que por su gravedad obliguen á utilizarle de hecho en primer término.

El Secretario de actas,
DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Un caso de embarazo gemelar uterino y abdominal.—En la Revista la *Clínica y Laboratorio*, de Zaragoza, publica el Dr. D. Manuel Pinós, de Pamplona, el siguiente caso referente á una mujer de unos veintiocho años de edad y de buena constitución. Habiéndole preguntado sobre la fecha en que apareció dicha tumoración, confesó que no podía precisar á punto fijo, puesto que hacía dos meses había librado un niño de todo tiempo y que á pesar de verse libre de su embarazo, su vientre persistió con gran aumento de volumen, casi el mismo que al terminar este embarazo.

Su vientre aparecía notablemente aumentado de volumen, apreciándose al tacto la existencia de una tumoración resistente, con desigualdad de dureza á la presión ejercida sobre el tumor. El útero estaba ligeramente desviado hacia la izquierda y con su cavidad, ligeramente aumentada como correspondía á un útero que hacía dos meses había salido del trabajo de la gestación. Además pude comprobar que no había conexión entre el útero y el tumor abdominal.

Los caracteres de la tumoración, así como la circunstancia de no haber observado la enferma ningún aumento de volumen del vientre antes de su embarazo, excluían toda clase de tumores del ovario y del parovario. Por los mismos motivos, podía con mayor fundamento excluir toda clase de tumores del útero; de manera que tan sólo podía admitirse la existencia de un embarazo ectópico coincidiendo con un embarazo uterino. De este modo quedaba perfectamente explicado el aumento de volumen que adquirió el vientre de la enferma durante su embarazo, mayor que el correspondiente á un embarazo normal. Contribuía á la admisión de este diagnóstico la circunstancia de que la enferma, durante su embarazo, sobre

todo en los últimos meses, sufrió de molestos y frecuentes dolores abdominales.

Aceptada la intervención quirúrgica, procedió á ella previas las precauciones antisépticas que son de rigor en estos casos. Hecha la incisión en la línea media del vientre, entre el ombligo y la sínfisis pubiana, extrajo un feto (muerto) de todo tiempo, que ya presentaba señales de maceración en la piel. En vista de que la placenta estaba perfectamente adherida en la parte posterior lateral derecha de la membrana adventicia que recubría las asas intestinales, demostrando con ello que se trataba de un embarazo intra-abdominal (dicha membrana era algún tanto consistente y de un color verdoso), se limitó á ligar la placenta, esperando á que su eliminación se efectuara lentamente para evitar hemorragias graves á que hubiera dado lugar su inmediata extracción. La cura post operatoria se redujo á marsupializar dicha membrana, á rellenar de gasa aséptica la cavidad, colocando dos gruesos tubos de desagüe y dejando fuera también los cabos de la ligadura placentaria.

Al cabo de unos treinta días y merced al uso de frecuentes irrigaciones antisépticas en la cavidad, se fué la placenta desprendiendo lentamente, reduciéndose la cavidad patológica y quedando completamente cerrada la herida pocos días después.

El dilatador de Bossi en los casos de cordón previo.—El Dr. P. Nubiola publica en los *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, de Barcelona, los siguientes casos:

«Entre las indicaciones del parto forzado, formuladas por Bossi, coloca «cuando por una causa cualquiera la vida del feto está comprometida y peligra sucumbir si no se extrae lo más pronto posible». En esta indicación tienen cabida los casos de cordón previo; pero á pesar de ello, no he registrado en la literatura observaciones en que se haya practicado la dilatación con el Bossi por dicha causa. Por ello aduzco los casos que voy á historiar, cuya importancia se desprende de lo que llevamos dicho.

R. S., segundípara, de treinta y cuatro años de edad, menstruada á los catorce años; ligera dismenorrea y leucorrea post menstrual, parto anterior á término en presentación transversal.

Mujer obesa. Embarazo actual, casi completamente normal; es reconocida el 4 de febrero: útero, 30 centímetros de altura sobre el pubis, por 36 centímetros de anchura; presentación transversal C.ID.DA. Versión por maniobras externas; ceñidor eutócico. Ocho días después se inicia el parto, y al advertirlo la mujer, con una dilatación de 3 centímetros, rotura de membranas y cordón previo.

Procedo á una antisepsia de vulva y vagina, y al aplicar el Bossi, ya no se percibían los latidos del cordón, que llegaba al exterior; la excavación estaba vacía. Apresuro en pocos minutos la dilatación, hasta conseguir la suficiente para pasar la mano, y permaneciendo la cabeza elevada sobre el estrecho superior, practico la versión interna, extrayendo rápidamente el feto, asfíctico, y que no fué posible reanimar.

Puerperio excelente; involución normal. Es dada de alta á los doce días sin que en el cuello se aprecie traumatismo de ningún género.

S. A., tercípara; edad, veinticuatro años; menstruó á los catorce años; hace cinco años tiene leucorrea; embarazos y partos anteriores, felices.

Embarazo actual, bueno hasta el séptimo mes, en que aqueja dolores en la fosa ilíaca derecha; leucorrea sanguinolenta muy abundante; rotura prematura de membranas. El estado psíquico de la mujer parecía algo anormal. El cuello, muy grueso, se ofrece desgarrado profundamente en las partes laterales; en el lado derecho el desgarro alcanza hasta el fornix vaginal. Se diagnostica endometritis cervical y parametritis. Temperatura: alcanza por la noche 38°; 100 pulsaciones. Feto vivo en presentación cefálica.

Al tercer día de encontrarse de esta suerte, durante cuyo tiempo se practicaron cuidadosos lavados vaginales y aplicaciones de ictiol, sobrevinieron algunas contracciones y apareció el cordón en la vulva. El cuello persistía, dando paso sólo al cordón, que latía, aunque con poca intensidad. Aplico el dilatador de Bossi hasta alcanzar una dilatación de 5 ½ centímetros, comprobando que, si fuerzo la mano, es inevitable una rotura uterina en el lado desgarrado ya de antiguo. Suspendo, en vista de ello, la dilatación y quedo un instante dudoso de qué conducta adoptar para salvar el feto, que un pequeño é irregular latido del cordón hacía presumir aún con vida. Aumento la dilatación con la mano procurando respetar el punto temible, procediendo rápidamente á la versión, y extraigo un feto asfíctico, que mi compañero, Dr. A. Pí y Suñer, pudo reanimar por completo y colocarlo después en la incubadora. Hemorragia bastante abundante, alumbramiento artificial rápido, inyección hipodérmica de ergotina, irrigaciones uterinas abundantes con agua esterilizada y á 45° de temperatura. Aunque en menor cantidad, sigue todavía alguna hemorragia, reconociendo su origen en un antro abierto en la base del ligamento ancho derecho, ó sea el antiguo foco de parametritis, que tapono con gasa yodofórmica.

Los loquios fueron prontamente fétidos, la involución fué lenta, la temperatura osciló los tres primeros días entre 38 y 40°, remitiendo después á la normal, sufriendo el noveno y undécimo nuevas elevaciones que remitieron también á su vez. En el tratamiento, además del antiséptico y farmacológico usuales, empleamos baños con agua de 30 á 25°.

A la vez surgieron ideas delirantes eróticas y de persecución, estableciéndose una locura puerperal, cuyo curso tendía á la curación, cuando la familia decidió trasladar la enferma á Valencia. En el parametrio derecho quedaban las huellas del proceso, habiéndose reparado por completo la brecha que allí se abriera.

En realidad, estos casos pueden contarse entre los malos de cordón previo, del que pueda triunfar el Bossi. En el primero de ellos, al comenzar la dilatación, el cordón había dejado por completo de latir, con una dilatación uterina muy atrasada; en el último referido, á pesar de las malas circunstancias de rotura prematura de membranas, de la infección existente en la madre y de las dificultades operatorias debidas al estado uterino de la misma, pudo conseguirse salvar el feto. Y con todo y el desgarro total existente, concurriendo la parametritis pudo obtenerse del Bossi todo el partido posible, y tengo aún la convicción que la alteración ocurrida en dicho punto no puede imputarse al dilatador, sino al paso del feto por un

orificio profundamente traumatizado de antigua fecha y, por tanto, constituído en gran parte por el tejido fibroso cicatricial inextensible, tan de temer en todos los casos en que haya de practicarse cualquier intervención obstétrica». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 23 de Enero de 1906.

Mortalidad tuberculosa en Francia y Alemania.—El Dr. ROBIN: He sido encargado por la Comisión permanente de preservación de la tuberculosis de hacer un informe acerca de la mortalidad tuberculosa en Francia, y este informe es el que voy á comunicaros antes que la Comisión lo publique. Cuando se comparan las cifras oficiales que representan la mortalidad tuberculosa en Francia y en Alemania, llama la atención la gran diferencia que existe entre la una y la otra, que da, por 10.000 habitantes, una mortalidad de 39 en Francia y de 22 en Alemania. Cuando las cosas se examinan de cerca, se ve que esta diferencia no es más que aparente. En la cifra de mortalidad tuberculosa en Francia van incluídas todas las defunciones por manifestaciones tuberculosas y por bronquitis crónicas, lo cual no hacen los alemanes, puesto que si hay en Francia 100.000 defunciones por tuberculosis pulmonar, se añaden á dicha cifra 50.000 defunciones por bronquitis crónica. Por otra parte, se ha evaluado en un tanto por ciento muy elevado la mortalidad tuberculosa de las localidades en que no se hizo de nuevo el censo, puesto que éste no se ha hecho más que en poblaciones de alguna importancia y la mortalidad tuberculosa decrece con la densidad de la población. Si se tienen en cuenta estas dos causas de error, se encuentra que la mortalidad tuberculosa es sensiblemente igual aquí que en el extranjero.

En resumen, Francia no posee los elementos estadísticos suficientes para que sea posible consignar el tanto por ciento de la mortalidad por tuberculosis de los pulmones ó por todas las tuberculosis, y sería necesario que el Ministro del Interior tomara disposiciones para que la estadística de las defunciones, que sólo se posee de 731 ciudades, se extendiera á todas las regiones de Francia, como se hace en Prusia. Hasta que esta estadística se haga, no se puede hablar más que de aproximaciones.

Fundándonos en estas aproximaciones y tomando por base los años 1901, 2 y 3, se observa que la cifra de 150.000 defunciones de tuberculosis por año, correspondiendo á una mortalidad de 38'4 por 10.000 habitantes, según el censo de 1901, es considerablemente exagerada, y que, teniendo

en cuenta el descenso de las defunciones tuberculosas con la densidad de la población, podría reducirse á 83.028, es decir, á 21'3 por 10.000, cifra sensiblemente igual á la de la mortalidad alemana. Nuestro país, pues, no se encontraría, con respecto de Alemania, en el estado de inferioridad en que se le supone. En la propaganda antituberculosa se citan á cada instante las cifras de la estadística alemana para probar la influencia profiláctica y curativa de su sistema de lucha, cuyo sanatorio popular es considerado como el eje y por asegurarle el lugar dominante en el armamento antituberculoso.

Si en Francia, donde el sistema no ha prevalecido, la mortalidad tuberculosa no es actualmente más elevada que en Alemania, se puede concluir que el sistema alemán no ha tenido todo el valor que se le atribuye y que la principal causa de la disminución de la mortalidad tuberculosa en los dos países reside en las medidas de higiene pública legislativas, administrativas, colectivas é individuales que han sido aplicadas en los veinticinco últimos años.

El Dr. Brouardel: He de hacer observar que yo no he incorporado las bronquitis crónicas en la tuberculosis pulmonar, sino que son agrupadas aparte; y sin embargo, ¡qué son esas bronquitis crónicas que matan á niños de cinco y seis años! Una estadística seria de mortalidad tuberculosa no puede hacerse en las condiciones actuales. Podría citar cinco ó seis ciudades donde no se muere de tuberculosis más que en el hospital. ¡Las defunciones de causa desconocida representan el tercio del total! En el campo la mortalidad tuberculosa varía por completo. No se podrá hacer una estadística casi exacta mientras no exista la obligación de declarar la causa de todas las defunciones.

Acerca de la necesidad de esta declaración hice, algunos años atrás, un informe á la Academia, y pido que esta cuestión se tenga en cuenta de nuevo y se una á la que acaba de presentar el Dr. Robin.

Se nos han imputado, á propósito de los sanatorios, ideas que nunca hemos emitido, suponiendo que habíamos dicho que podían recibir todos los tuberculosos. Ni una sola palabra de esto figura en la primera parte del informe que sometimos en 1900 á la Comisión permanente de la tuberculosis; en la segunda parte, si hemos expuesto el modo de funcionar los sanatorios en Alemania, es porque entonces era poco conocido; pero no hemos emitido en tal respecto ninguna conclusión cerrada.

En resumen, nosotros no sabemos si la cifra de muertos por tuberculosis es de 100.000 ó de 150.000 por año; pero lo que no dejamos de saber es una cosa y es, que hay muchas defunciones por tuberculosis, y yo pediría á la Academia que se encargara de la dirección de la campaña antituberculosa.

Influencia del bazo en la secreción de la bilis.—El Dr. Lancereaux: Sabido es que se ha tratado de probar la existencia de relaciones íntimas entre las funciones del bazo y la secreción biliar; pues bien, las investigaciones que ha llevado á cabo Paulesco en perros, en forma muy rigurosa, parecen demostrar que el bazo no ejerce una influencia manifiesta en la secreción de la bilis.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 31 de Enero de 1906 (1).

Cloroformización con los aparatos nuevos. — El Dr. *Reynier* critica los resultados obtenidos por los Dres. Faure y Legueu con el aparato de cloroformización del Dr. Ricard. Ha habido alarmas, vómitos frecuentes, lo cual prueba que la cloroformización no es tan ideal como se ha dicho. Esto nada tiene de particular, porque el aparato de Ricard no dosifica con exactitud matemática la mezcla de vapores clorofórmicos y de aire, puesto que no puede estar ordenado con arreglo á las variaciones de la temperatura ambiente y de la respiración del sujeto, variaciones susceptibles de modificar á cada momento la dosificación de la mezcla.

El aparato de Reynier, que tiene en cuenta estas variaciones y puede ordenarse de acuerdo con ella, permite dosificar matemáticamente la mezcla de cloroformo y de aire. Gracias á esta comprobación incesante de la cantidad exacta de cloroformo administrada, no ha observado el Dr. Reynier alarma alguna en 1.245 anestesias (702 mujeres, 523 hombres, 20 niños) que ha hecho con él, aunque muchos eran alcohólicos, cardíacos y enfermos de apendicitis con pulso casi imperceptible, etc. Además, en muchos casos el aparato fué manejado por principiantes que administraban el cloroformo por vez primera. Los vómitos han sido excepcionales durante la anestesia, ligeros y de corta duración. El Dr. Reynier jamás ha observado con su aparato colapso post operatorio precursor después de las anestesias prolongadas con la compresa.

El Dr. *Picqué* dijo que, como su maestro el Dr. Berger, seguía fiel á la cloroformización con la compresa, considerando que la manera de administrar el cloroformo importa más que el aparato que sirve para administrarlo, que el operador tiene más importancia que el instrumento y que con un buen cloroformizador, aunque emplee la compresa, se tiene más seguridad que con el mejor aparato manejado por un ayudante inexperto.

En la cirugía de los enajenados, en la que es preciso administrar el cloroformo con gran prudencia, el Dr. Picqué acostumbra á reglamentar la cloroformización, según las diversas variedades de psicopatías, y no ha observado, en más de 640 casos, más que 3 alarmas, debidas á un defecto de técnica.

Suturas nerviosas.—El Dr. *Reynier* señaló una eventualidad de que no han hecho mención otros oradores y que puede sobrevenir á consecuencia de estas suturas : que el nervio quede incluído en una ganga fibrosa (perineuritis irritativa) que se opone al paso del influjo nervioso, á pesar de la cicatrización y de la reunión perfecta de los dos cabos. En esta eventualidad, que es preciso siempre tener presente en los casos de fracaso ó de éxito incompleto de la sutura nerviosa, basta aislar el nervio para que se restablezca su función.

El Dr. *Chaput* dijo que, en vista de los hechos clínicos diversos citados, es imposible negar la realidad de la reunión inmediata de los nervios; las

(1) La sesión del día 24 se dedicó á la inauguración del curso.

investigaciones histológicas recientes permiten comprenderla. Hasta ahora no ha podido conseguirse en los animales á causa de su indocilidad, del pequeño volumen de los nervios, de lo laxo de su tejido, que hace se corten las suturas. Las condiciones favorables sólo se observan en la cirugía humana.

Cuanto á la *dinamogenia* de Brown-Sequard, invocada para explicar la recuperación rápida de las funciones después de las suturas nerviosas, en nada se funda. En el perro pueden ponerse al descubierto, sin suturarlos, los dos cabos del nervio cortado: esta excitación jamás es suficiente para restablecer las funciones suprimidas.

Cuando, después de una sección nerviosa, no operada, desaparece la parálisis y el nervio recobra sus funciones, el hecho sólo puede explicarse de dos maneras: ó la reunión se ha hecho espontáneamente, ó la parálisis era histerotraumática; y en estos casos, ciertas particularidades permiten la conservación de las funciones (anomalías de distribución, divisiones prematuras, anastomosis, sección de ramas poco importantes).

Raquiestovainización.— El Dr. *Chaput* dijo que en 1905 había empleado este medio en 309 operaciones:

179 en los miembros inferiores, el periné, el ano, el recto y los órganos genitales del hombre y de la mujer; 74 hernias, 11 apendicitis, 4 anos artificiales, 35 laparotomías, 3 pleurotomías y 2 amputaciones de la mama.

De esta experiencia sobre la raquiestovainización saca el Dr. Chaput las conclusiones siguientes:

La estovaina inyectada en la región lumbar, es un método admirable de anestesia que se aplica, sin discusión posible, á los miembros inferiores, á la región anogenital, al ano ilíaco. Permite, en rigor, practicar todas las laparotomías.

Produce resultados poco satisfactorios, como anestésico, en los alcohólicos, los pusilánimes, los nerviosos, las mujeres jóvenes ó las personas extenuadas por el dolor. Es peligrosa en los enfermos caquécticos; carece de peligro inmediato.

Sólo se le atribuye un accidente consecutivo, inconstante por lo demás: es la cefalalgia. Es fácil prevenir esta cefalalgia extrayendo algunos centímetros cúbicos de líquido cefalorraquídeo antes de hacer la inyección. Una vez desarrollada la cefalalgia, cede también con facilidad á las evacuaciones de líquido cefalorraquídeo.

Luxación del codo hacia afuera y atrás.—El Dr. *Kirmisson* presentó un joven que había sufrido una luxación del codo hacia fuera y atrás. Como el accidente databa de veinticinco días, el Dr. Kirmisson recurrió á la artrotomía. Esta operación, ejecutada por la vía posterior, permitió reducir con facilidad la luxación. Para mantener la reducción se colocó el miembro durante varios días en extensión completa, y después en semiflexión hasta la cicatrización completa. En la actualidad, tres meses después del accidente, el enfermo ha recobrado la libertad completa de los movimientos del codo, excepto la extensión, que es algo limitada.

El Dr. *Broca* dijo que había observado una vez esta variedad de luxación del codo: como era reciente, la redujo con la mayor facilidad sin recurrir á la artrotomía.

Fractura aislada de la tuberosidad tibial anterior.—El Dr. *Potherat* presentó las radiografías de esta fractura. Se trataba de una fractura por arrancamiento consecutiva á una coz recibida en la cabeza del peroné. No había dislocación de los fragmentos, sino sencillamente una ligera desviación apreciable tan sólo por la radiografía. El diagnóstico exacto pudo sospecharse antes del examen radiográfico por la crepitación observada al explorar la rodilla. Había derrame intra-articular moderado. El herido hizo una larga caminata después del accidente.

Nuevo procedimiento de esterilización del catgut.—El Dr. *Legueu* dijo que la esterilización del catgut por el alcohol y la acetona es deficiente. El alcohol ó sus vapores no penetran hasta el centro del catgut; queda una zona central protegida por el endurecimiento periférico del catgut, en cuya zona no penetran las materias colorantes mezcladas con el alcohol, aunque penetran empleando una mezcla acuosa. La esterilización por el alcohol no confiere, por lo tanto, la seguridad absoluta.

Para obtenerla es preciso calentarle varias veces á 120°; pero el alcohol le hace perder, cada vez que se le calienta, el 5 ó 20 por 100 en su solidez. Es preciso, por lo tanto, un líquido que pueda calentarse á voluntad sin alterar la solidez del catgut. Este líquido es la bencina y el catgut, que el Dr. Legueu presentó esterilizado por cinco sesiones de calefacción á 120° en cinco días diferentes; es de una seguridad y solidez jamás obtenidas con la esterilización por el alcohol.

(*La Presse Medicale*).—F. Toledo

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 24 de Enero de 1906.

El agua de mar en inyecciones isotónicas subcutáneas.—Los Dres. Robert-Simon y Quinton: Las inyecciones subcutáneas de agua de mar isotónicas practicadas en una categoría de procesos antiguos, aislados ó asociados (estreñimiento con ó sin enteritis, alteraciones de la función menstrual, jaqueca, neurastenia), nos han dado un conjunto de resultados que pueden resumirse del siguiente modo:

1.° *En el estreñimiento.*—Mejoría pronunciada y con frecuencia desaparición completa del estreñimiento después de 6 á 8 inyecciones de 100 á 200 cent. cúb., practicadas cada tres días (acción ya señalada por Marie y Pelletier); disminución ó desaparición de los productos membranosos ó mucosos de las deposiciones; desaparición de los dolores que acompañan á la defecación y disminución de la frecuencia de las deposiciones; mejoría del estado hemorroidal.

2.° *En las alteraciones menstruales.*—Disminución y á menudo desaparición de los dolores intensos de la dismenorrea y de la jaqueca menstrual, desde la menstruación que sigue al comienzo del tratamiento; detención casi inmediata y duradera de las metrorragias; regularidad en duración y en la cantidad de las menstruaciones muy frecuentes y muy abundantes, en

la menorragia de las jóvenes con ó sin cloroanemia; atenuación frecuente y en algunos casos desaparición de la leucorrea, aunque en otros la acción es muy lenta sobre esta perturbación.

3.° *En la jaqueca.* — Desaparición algunas veces inmediata de la jaqueca inveterada y persistencia de la mejoría después de suspender el tratamiento, que duró cinco semanas (100 á 200 cent. cúb. cada tres días).

4.° *En la neurastenia.* — Se recobra el sueño, el apetito y la fuerza; mejoran las funciones digestivas; recoloración de los tegumentos y tonificación de los músculos; desaparición de la cefalea y de las ideas tristes; aumento de la actividad psíquica y cerebral; sensaciones muy particulares de euforia y de alegría.

Nos limitamos actualmente, para que de ello se tome nota, á consignar la acción del tratamiento hipodérmico marino sobre estos cuatro procesos que serán ulteriormente objeto de un estudio separado; sin embargo, conviene indicar aquí que, al lado del estreñimiento, de la enteritis y de la neurastenia aisladas ó asociadas y propias á los dos sexos, existe en la mujer un verdadero síndrome: estreñimiento, jaqueca, dismenorrea, acompañados alguna vez de signos del pequeño brightismo, especie de *neurosis entero-uterina*, para la cual proponemos el nombre de *gynalgia*, indicando así que este síndrome resume, con distintos grados y variantes, una parte de la patología de la mujer. El tratamiento hipodérmico marino parece constituir el tratamiento específico de este estado.

El Dr. Le Gendre: Tal vez estos resultados podrían también obtenerse con el suero fisiológico, suero de Cheron, etc.; por lo tanto, serían de desear ensayos comparativos en este sentido.

El aristol en la estomatitis úlceromembranosa. — El Dr. Gallois: Contra la estomatitis úlceromembranosa en los niños se recurre de ordinario á las aplicaciones de yodoformo. Este tratamiento, que data de Parrot, da, en efecto, buenos resultados; pero el olor penetrante del medicamento constituye un grave inconveniente. Esto me ha llevado á reemplazar el yodoformo por el aristol en los casos de estomatitis úlceromembranosa, y puedo declarar que esta sustitución me ha producido efectos muy satisfactorios.

Los Dres. Barbier y Dubois: A nosotros nos dan muy buenos resultados los lavados con agua oxigenada diluída en agua al 1 por 3.

El Dr. Danlos: En la estomatitis úlceromembranosa del adulto he empleado con éxito las aplicaciones de ácido crómico. Como que esta substancia es tóxica, es necesario que el enfermo se lave la boca repetidamente después de cada cauterización.

Las corrientes de alta frecuencia contra la criestesia en la hipertensión. — El Dr. Le Gendre: He tenido ocasión de observar muchas veces que los individuos que presentan la hipertensión arterial motivada por la arterioesclerosis ó por la nefritis intersticial, que son de ordinario frioleros, sienten generalmente una sensación agradable de calor, después de la aplicación de las corrientes de alta frecuencia, que tienen por efecto disminuir la presión arterial. Fundado en esto, apliqué este tratamiento eléctrico en un caso de hipertensión arterial, en que la sensación constante de frío-consti-

tuía la alteración más penosa; el resultado fué muy favorable. Este procedimiento, pues, de tratar la criestesia, algunas veces tan rebelde, que acompaña á la hipertensión, me parece que es digno de no ser olvidado.

(*Le Bull. Med.*, núm. 9, 1906).—CODINA CASTELLVÍ.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 19 de Enero de 1906.

Operación de Talma. — El Dr. *Rodolfo Frank* presenta una mujer y un hombre á los que se les ha hecho la operación de Talma por padecer ascitis de origen cirrósico. En la mujer parece que se han vencido los síntomas de excitación venosa; en el hombre se procedió con más energía para hacer accesible el bazo y fijarlo.

Sabido es que la operación de Talma consiste en fijar el omento, el bazo, la vejiga biliar ó el hígado á la pared abdominal para establecer así una circulación colateral con los vasos de esta última. Aunque el órgano más accesible es el omento, suele estar tan atrofiado y tan privado de vasos en los casos de cirrosis, que es preferible recurrir al hígado y al bazo. Este último se fija sin dificultad cuando está infartado y movible; se le atrae entonces á la abertura de la laparotomía y se cose al peritoneo ó á los músculos del vientre. Así se hizo en la mujer que hoy comparece. Pero si el bazo no sobresale del borde costal y no es movible, como sucedía en el hombre aquí presentado, la fijación es más difícil. En el caso actual, después de trazar una incisión á lo largo de la décima costilla izquierda, se resecó un trozo de 10 centímetros de esta costilla y otro igual de la undécima, y se empujó hacia arriba el fondo de la pleura, apareciendo el bazo poco infartado, duro y con su cubierta peritoneal de color blanco de porcelana. Con gran trabajo se logró hacerle descender de modo que el polo inferior llegara á nivel del borde costal. Cuando el hilo se colocó en la abertura peritoneal y el cuerpo del órgano entre las costillas, se fijó por medio de sutura y por encima se cerró la herida cutánea, quedando, por lo tanto, el órgano debajo de la piel y entre los músculos y las costillas.

En el curso post operatorio no hubo más incidente que una pulmonía que duró cuatro días. También en este sujeto se formó un derrame ascítico moderado que quedó estacionario y que ahora, á las seis semanas de la operación, va disminuyendo evidentemente.

El Dr. *Hermann Teleky* refiere que en un hombre de veintiséis años que padecía cirrosis hepática de origen sifilítico, con ascitis considerable, después de haber practicado tres punciones con intervalo de tres semanas de la una á la otra, se acudió á la operación, aunque con pocas esperanzas, porque ya la naturaleza había establecido la circulación colateral; las venas cutáneas estaban muy desarrolladas, había cabeza de Medusa, y, sin embargo de esto, reapareció pronto la ascitis. Abierto el vientre, también se encontraron muy abultadas las venas anteriores. El vértice del omento mayor se cosió á la pared, pero no pudo coserse más porque la mayor parte

estaba adherida al hígado y á los intestinos. Al quitar los puntos, diez días después, era ya tan considerable la ascitis, que se extrajeron con la punción más de ocho litros de líquido, sucumbiendo el enfermo de inanición á los ocho días.

El autor cree poder deducir de este caso que la operación de Talma no ha de ser muy útil en los casos en que la naturaleza ya había establecido una amplia circulación colateral.

El Dr. *Antonio de Eiselsberg* dice que también ha cosido en varios casos el bazo á la pared del vientre, pero nunca con una operación previa tan extensa, que merece mucha atención cuando la víscera está muy recóndita.

Quistes del fémur.— El Dr. *Hans de Haberer* presenta un joven de diecisiete años que dice haber sufrido hace diez la fractura del muslo izquierdo por haber sido derribado por un ciclista. Se le trató con la extensión durante cuatro semanas y con vendajes enyesados las tres semanas siguientes. Se curó perfectamente, pero quedando en el sitio de la fractura una corvadura muy ligera que sólo en los últimos años se fué haciendo más marcada. De un año acá los grandes esfuerzos provocan dolores en el miembro lesionado, que aparece convexo hacia afuera en su tercio superior, y con una hinchazón fusiforme en este punto que por el tacto se ve que pertenece al hueso. No hay dolor á la presión, la corvadura aumentó últimamente y el acortamiento de la extremidad es tan sólo de un centímetro. El enfermo cojea, pero, según dice, sólo desde que tiene dolores. Con los rayos Röntgen se descubre una coxa vara muy pronunciada, y en la zona del abultamiento fusiforme una cavidad bien limitada, en la substancia medular, con gran rarefacción de la cortical, que hasta parece rota en un punto, por más que no ha resultado depresible á la compresión.

Se trata, por consiguiente, de un quiste solitario del hueso, pues no se ha encontrado otro en el resto del esqueleto. Para dilucidar la etiología sería necesario seguir examinando el caso con los rayos Röntgen algunos años, ó practicar una punción exploradora con examen histológico subsiguiente, procedimiento que, además de ser el único seguro, ha sido suficiente en algunos casos (seguido del taponamiento) para obtener la curación. Aun en casos en que uno de estos quistes ocasiona la fractura del hueso, puede suceder que, al curarse esta lesión, se reduzca y hasta desaparezca por completo el quiste. En un caso análogo, observado por el autor, de fractura del brazo izquierdo, llamó la atención que, tratándose de una muchacha de diecinueve años, sana y robusta, se hubiese producido la fractura con un traumatismo insignificante. Los rayos Röntgen descubrieron la existencia de un quiste óseo en el sitio de la fractura, la cual se curó sin dejar más reliquia que un ligero engrosamiento del hueso en el sitio de la fractura. Con los rayos Röntgen se comprobó que subsiste el quiste, pero mucho más pequeño.

Ictiosis simple casi total, combinada con manifestaciones penfigoides. — El Dr. *Carlos Ullmann* presenta un hombre de veintidós años que padece desde su nacimiento de ictiosis simple casi total. Su padre, que es médico, dice que los primeros síntomas de ictiosis se presentaron al quinto día, quedando la afección estacionaria hasta los seis años, en cuya época sobrevino una dermatosis penfigoidea, que se curó después por completo. Desde

entonces hasta hará unas seis semanas, el sujeto estuvo siempre sano, sin que se hubiesen presentado nuevas dermatosis penfigoides ni inflamatorias de otra naturaleza, pero persistiendo inalterables las de tipo ictiósico. Hace unas seis semanas se presentó de pronto, y en medio de ligeros fenómenos febriles, una especie de pénfigo, sobre todo en la mitad superior del cuerpo, acompañado de picor violento. Con el reposo, fomentos de resorcina y posteriormente pomada boricada, se curaron la mayor parte de las ampollas en ocho ó diez días. Pero ya entonces, y también después, aparecieron otras, flácidas casi todas, sobre todo en las extremidades. La piel inmediata á las ampollas se maceró en muchos puntos con los fomentos y se desprendió en láminas gruesas. La epidermis subyacente aparece roja en algunoc puntos, pero generalmente está tierna y no claramente ictiósica. En otros puntos presenta hiperqueratosis, como expresión de la ictiosis, y también hay sitios en que aparecen nuevas infiltraciones inflamatorias y ampollas formadas ó en camino de formación (pénfigo recidivante). En la cara mucosa del labio inferior se ve una ligera erosión epitelial, pero no se encuentra ninguna otra lesión mucosa de las que son típicas del pénfigo.

Tanto este último como la ictiosis invaden casi toda la superficie cutánea y aparecen con simetría.

El Dr. *Isidoro de Neumann* hace notar que en el caso presentado se trata, en efecto, de un pénfigo vulgar, pero no de una combinación con la ictiosis, puesto que ni la localización ni la forma son las propias de esta dermatosis. En el caso actual está localizada en la superficie de flexión de las articulaciones y en las nalgas, pero también en la superficie de extensión de la rodilla, en la que se desprende la epidermis, apareciendo debajo una superficie lisa, lo cual no corresponde al curso de la ictiosis.

Testículo retenido y con pedúnculo retorcido.—El Dr. *Lichtenstern* presenta un testículo procedente de un hombre de cuarenta y seis años, el cual refiere que al levantar una noche un cuerpo de mucho peso, sintió en el lado izquierdo un dolor que se hizo más intenso á la mañana siguiente; al al mismo tiempo se hinchó el escroto del mismo lado, se presentaron vómitos y sobrevino retención de heces fecales y de gases. Un médico diagnosticó el caso de hernia inguinal estrangulada; pero al ver que la taxis era inútil, mandó el enfermo al hospital. Cuando ingresó tenía algo abultado el vientre, el pulso frecuente y la lengua un poco seca; la bolsa escrotal izquierda contenía un tumor como un puño, elástico y resistente, el cual estaba separado, por medio de una estrangulación, de otro tumor más pequeño que existía en el conducto inguinal.

Al hacer la operación y abrir el saco herniario, se vió que el tumor elástico y resistente era el testículo, que tenía un color azul obscuro y estaba sumamente hinchado; el cordón también estaba hinchado y del mismo color, y había girado sobre su eje 360°. Detrás de él sobresalió por el anillo inguinal interno el omento. Se destorció el testículo, y después de haber ligado el cordón en partes, se resecó. El conducto inguinal, que estaba abierto, se cerró por medio de la sutura de Bassini.

Vacunación bajo la influencia de la luz roja.—El Dr. *Hugo Goldmann*: Animado con los resultados que se dice haber obtenido tratando la viruela con

la luz roja y también con la lectura de un trabajo del profesor Gärtner, practiqué en 1904 y 1905 un gran número de vacunaciones en niños, bajo la influencia de la luz roja, que hace obrar de varias maneras. Los resultados han sido excelentes.

A fin de cerciorarme de lo que duraba la inmunidad, volví á vacunar al año siguiente algunos niños de los vacunados bajo la influencia de la luz roja. Esta segunda vacunación fué estéril.

En mi entender, la vacunación practicada bajo la influencia de los rayos rojos y con exclusión, por lo tanto, de los rayos químicos, sigue una marcha sumamente benigna, sin la menor alteración de parte del estado general, y confiere una inmunidad que por ahora sabemos que es de un año, por lo menos. Repitiendo la vacunación todos los años en niños vacunados antes bajo la influencia de la luz roja, nos dará á conocer cuánto tiempo dura el efecto de esta última vacunación. Sea de ello lo que fuere, es procedimiento recomendable, porque ni cuesta ni molesta más que la vacunación ordinaria, y es tan fácil de ejecutar como ésta.

El Dr. *Guillermo Knöpelmacher* refiere que en los ensayos que ha hecho en unión de Schein, empleando la luz roja, al vacunar no ha visto que varíe la marcha de las pústulas de la usual y corriente. Lo único que se comprobó fué que la aplicación de cualquier vendaje, por el hecho de impedir la evaporación, retraía la desecación de las pústulas y hasta hace que su fusión sea más lenta. — (*Wiener klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD MÉDICA DE FILADELFIA

Sesión del día 22 de Noviembre de 1905.

Medio de hacer el cálculo cuantitativo del contenido gástrico.—El Dr. *J. Sailer* dijo que el contenido gástrico, después de una comida de prueba, se compone de la comida de prueba menos la porción que ha pasado á los intestinos, la saliva mezclada con los alimentos al ser ingeridos, el moco del estómago y el jugo gástrico que ha sido segregado, excepto la parte que ha pasado al duodeno con los alimentos. Para asegurar un análisis más exacto del contenido gástrico obtenido por el método ordinario, es preciso calcular el contenido total al extraerse la comida de prueba y la cantidad de ésta ingerida. Conocidos estos dos factores, el análisis químico del contenido del estómago permite conocer, por medio de un simple cálculo, la composición exacta del jugo gástrico y el grado de movilidad del estómago.

Los métodos para determinar el contenido gástrico total se fundan en el principio siguiente de Mathieu y Remond : extrayendo una parte del contenido gástrico y agregando una cantidad dada de agua, la disminución de alguna substancia como resultado de la dilución indica el resto del contenido del estómago. Mathieu y Remond utilizan sencillamente la acidez total. Otros observadores han usado la sal, el azúcar, la grasa ó el peso específico del contenido gástrico. Cuando se conoce la cantidad total, el

cálculo de la reducción de alguna substancia, de la que se ha agregado una cantidad dada á la comida de prueba, permite conocer en qué proporción ha pasado á los intestinos. Mathieu, Hallot y Salle han empleado diferentes grasas, y Meunier una disolución de sulfato de hierro.

El Dr. Sailer ha empleado el método de Mathieu y Remond, y cree que, introduciendo en él una ó dos modificaciones, se hacen más sencillos y más exactos los resultados. No hay diferencia alguna, sea cual fuere la comida de prueba empleada. Aconseja el procedimiento siguiente: Una vez extraída, como de costumbre, la comida de prueba, se inyectan por el tubo 300 centímetros cúbicos de agua, sujetando el tubo entre el bulbo y el embudo, y después aflojando y exprimiendo el bulbo 10 veces. El contenido gástrico se extrae después, se diluye con 1 á 9 veces partes de agua y se calcula la acidez total 2 ó 3 veces. La segunda porción se calcula entonces de la manera ordinaria, empleando para ello 50 á 100 centímetros cúbicos. La proporción es fácil de comprobar así.

Tratamiento de ciertas fases de la indigestión gástrica.—El Dr. *J. Dutton Steele* dijo que la mayoría de los enfermos de hiperacidez padecen una forma de gastralgia que se presenta después de hecha la digestión y que cede con los alimentos y los alcalinos, y, en cambio, otros enfermos de la misma clase no presentan síntoma gástrico alguno; este tipo de gastralgia se observa también en casos de acidez normal y de subacidez. El hecho se explica admitiendo que, para que se presenten síntomas en la hiperacidez, se necesita que exista una neurosis sensitiva que produce la hiperestesia de la mucosa gástrica. Cuando esta sensibilidad llega á cierto grado, el ácido en cantidad normal ó inferior á la normal es susceptible de producir el dolor.

El tratamiento consiste en suprimir la causa primitiva, generalmente una neurastenia, por exceso de trabajo ó abuso del alcohol ó del tabaco; en corregir los errores dietético, la anemia ó el estreñimento que reaccionan sobre la neurastenia; en neutralizar la acidez; en la administración de sedantes locales y generales en los primeros períodos seguidos del uso de la nuez vómica; en emplear una alimentación nada irritante al principio, y aumentándola después en relación con la cantidad de ácido segregada; en calmar los accesos dolorosos por los lavatorios del estómago en los casos graves, y rebeldes, alimentando al enfermo por el recto.

Aspectos quirúrgicos de la dispepsia gástrica.—El Dr. *J. B. Deaver* manifestó que, según su experiencia, es raro que un enfermo presente lesiones del estómago sin tener á la vez lesiones del duodeno, de los conductos biliares ó del páncreas; la frecuencia con que estas lesiones se asocian á los desórdenes gástricos no es apreciada por la profesión. Cree que es exacto decir que una indigestión reconoce una causa, que si la indigestión es refractaria á los medios dietéticos y á una terapéutica racional, es porque la causa debe ser orgánica, y que para suprimir una causa orgánica ó mecánica, se necesita emplear medios mecánicos. Pero la operación no está indicada en todos los enfermos. Una persona anciana que se encuentra bien con los medios médicos, debe continuar con este tratamiento. Es preciso tener en cuenta el estado de los demás órganos del enfermo, pero el encargado de juzgar si la operación se halla ó no indicada, es el médico, no el cirujano.

El reposo es la indicación terapéutica principal en los casos de úlcera gástrica sin estenosis pilórica ó dilatación del estómogo. Para obtenerle son útiles los enemas nutritivos, aunque su valor se ha exagerado. La intervención quirúrgica está indicada en todos los casos de enfermedad gástrica en que es preciso obtener el reposo del estómago y no puede conseguirse por los medios médicos.

El desagüe se halla indicado en la obstrucción pilórica. El Dr. Deaver llamó la atención sobre lo injustificado de una operación quirúrgica para corregir la gastrectasia y otras alteraciones del estómago en las que el mejor tratamiento es el desagüe. En esta categoría se hallan comprendidas, además de la dilatación gástrica simple por estenosis pilórica debida al cáncer, las distintas variedades de contracción del estómago en forma de reloj de arena y las variaciones de forma producidas por adherencias, sean dependientes de úlceras gástricas ó de inflamación pancreática ó de las vías biliares. Jamás ha observado gastroptosis que no estuviera asociada con dilatación del estómago, excepto en los casos raros de esplacnoptosis, en las que hay prolapso de las vísceras abdominales. Cuando coincide con gastrectasia, esta última es la responsable de los síntomas, y en tal caso está indicada alguna forma de desagüe. No vacila en recomendar el tratamiento quirúrgico en la atonía gástrica. La mortalidad operatoria en estos casos es próximamente del 5 por 100; la del tratamiento médico, del 18 al 20 por 100; las curaciones permanentes son raras.

Cree el Dr. Deaver que la época en que debe operarse el carcinoma gástrico es mientras la enfermedad se halla en el período de ulceración crónica benigna. Es indudable, según muchos patólogos, que el cáncer gástrico se desarrolla con gran frecuencia en una úlcera sometida á la irritación continuada.

El problema del tratamiento quirúrgico de las lesiones ya cancerosas es digno de estudio. En este caso el tratamiento medicinal es ineficaz. El quirúrgico, aunque no muy brillante, ofrece alguna probabilidad de éxito. Las estadísticas demuestran que no sólo es posible curar algunos enfermos por la operación radical, sino que, en manos de algunos operadores, la prolongación de la vida es mucho mayor aun en el caso de recidiva. La gastroenterostomía es considerada como el tratamiento preferible en los enfermos de carcinoma gástrico avanzado. No debe limitarse á los casos en que existe obstrucción pilórica, sino que, aun cuando no haya estancación notable de los alimentos, es útil la evacuación directa del estómago, porque impidiendo que el quimo se ponga en contacto con la superficie ulcerada, se evita el dolor y se impiden los progresos de la enfermedad. Si el cáncer no interesa una extensión considerable del estómago, pero está suficientemente avanzado para contraindicar la extirpacion de la neoplasia, debe practicarse la gastroenterostomía posterior. Si este órgano se halla interesado en una gran extensión, lo bastante para debilitar considerablemente al enfermo y hay adherencias extensas, sobre todo con el páncreas, debe practicarse la gastroenterostomía anterior con el botón de Murphy.

Finalmente, respecto al problema operatorio para producir la thanasia, es indudable que la yeyunostomía suele ser una operación de necesidad absoluta. Aunque sólo es, á veces, un cambio de la clase de muerte, cree

el Dr. Deaver que hay pocos médicos y quizá menos cirujanos que no prefieran que el enfermo muera de caquexia mejor que de inedia. Cree que en general, no se aprecia el grado de alivio de los sufrimientos que se obtiene por la gastrostomía y la yeyunostomía.

(*New York Med. Journal*).—F. Toledo.

PERIÓDICOS

Citodiagnóstico de los líquidos pleural y cefalorraquídeo. — El Dr. Turton confirma la opinión, establecida sobre gran número de trabajos modernos, de que la causa de un derrame pleurítico es la tuberculosis, cuando dicho derrame contiene glóbulos blancos uninucleares; en cambio, los leucocitos multinucleares son indicio muy probable de que se trata de una infección producida por neumococos ó por estreptococos. Lo mismo sucede cuando se trata del líquido cefalorraquídeo, por más que en este caso son más frecuentes las excepciones: en dicho líquido es casi constante hallar linfocitosis cuando se trata de la parálisis progresiva, de la tabes dorsal ó de afecciones sifilíticas. — (*Practitioner*). — R. del Valle.

Aspectos clínicos de la neumonía. — El Dr. W. C. Hood dice que aunque la neumonía suele dividirse en lobular y catarral y en el 99 por 100 de los casos es fácil distinguir las dos formas, el examen bacteriológico ha demostrado de un modo casi decisivo que el neumococo es la causa esencial de una y otra. Suelen designarse también con el nombre de neumonía otros casos más raros que los anteriores que pueden llamarse «fiebre neumónica», forma de infección más rápida y grave, no sólo del área pulmonar, sino de otros órganos como el endocardio, el pericardio y las articulaciones.

La localización anatómica primitiva de la neumonía incipiente es susceptible de ejercer una influencia notable sobre los síntomas. Por ejemplo, en la neumonía del vértice, sobre todo en los niños, los síntomas suelen ser de tipo cerebral, cefalalgia, fotofobia, delirio y agitación. La de la base simula por completo un padecimiento del hígado ó del estómago.

El síntoma inicial de un ataque de neumonía suele ser en dolor, á veces agudísimo, en el abdomen. Este dolor es fácil confundirlo con el de la apendicitis incipiente. La irratabilidad gástrica exagerada que coincide con una gran temperatura, debe llamar siempre la atención sobre el pecho. El síntoma principal es el número de respiraciones que está siempre muy aumentado. Los signos físicos que indican hallarse interesados los órganos torácicos, pueden tardar varias horas y hasta días en presentarse.

La variación extraordinaria de la influencia tóxica—grados de virulencia de un agente infectante—se observa mejor que nada en la gripe, cuyo bacilo modifica de un modo notable la marcha de la neumonía. Puede producir la neumonía *per se* ó infectar la que ya existe causada por el neumococo. Los dos organismos obran, al parecer, en perfecta armonía. El doctor Hood atribuye una gran importancia á las fluctuaciones irregulares de la

temperatura como signo diferencial de la neumonía debida al bacilo de la gripe ó modificada por él. En la neumonía lobular ordinaria el único síntoma invariable es la temperatura invariable y elevada que persiste sin fluctuación hasta el momento de la crisis.

La mortalidad de la neumonía lobular no es elevada; cuando se complica con la gripe es muy mortífera. El proceso neumónico suele complicarse con cierto grado de bronquitis. La duración de la enfermedad que precede á la crisis es proporcionada á la lesión inflamatoria. Una de las causas más frecuentes de la falta de crisis es el empiema post neumónico. La tos que acompaña á estos derrames es característica, y constituye un síntoma auxiliar de gran importancia para diagnosticar el derrame de líquido. Es accesional por esencia; se presenta después de ejecutar el enfermo algún movimiento, y no va seguida de expectoración. El líquido suele ser poco abundante, pero la tos cesa en cuanto se le extrae. La neumonía termina en ciertos casos por crisis, y es seguida de derrame, pero sin elevación de temperatura; el caso contrario es mucho más común.

(*New York Med. Journal*, 20 enero 1906).—F. Toledo.

Contribución al diagnóstico de las afecciones intratorácicas. — El doctor A. Gröber llama la atención acerca de tres grupos de síntomas que revelan con bastante seguridad la existencia de inflamaciones ó neoplasias retráctiles en las regiones superiores del pecho.

Así como al hacer el experimento de Valsalva en el sujeto sano se hinchan por igual las venas superficiales de los dos lados en el cuello, pecho y brazo, se hinchan generalmente más en uno de los lados cuando se trata de afecciones intratorácicas.

Además, al hacer dicho experimento, las dos pupilas se suelen estrechar en el sujeto sano, á causa del aumento de presión en el globo ocular. Por el contrario, en las afecciones que asientan en la proximidad de los tres primeros ramos comunicantes del gran simpático, éste se irrita un poco durante dicho experimento y se dilata ó, por lo menos, se estrecha menos la pupila del lado enfermo.

Por último, en vez del sonido claro, pero no timpánico, que se obtiene normalmente percutiendo en el mango del esternón, se percibe en los casos de tumores retro-esternales un sonido macizo ó timpánico apagado, acompañado á menudo de un cambio de Wintrich más ó menos manifiesto; si la tráquea está dislocada hacia adelante, el sonido es timpánico puro y el cambio de Wintrich muy evidente.

(*Deutsches Archiv für klin Medizin*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA PERMEABILIDAD RENAL

POR EL

DR. D. A. MARTIN ARQUELLADA

Médico del Hospital del Niño Jesús y de la Beneficencia municipal.

Los grandes progresos que en estos últimos años ha verificado lo mismo la fisiología normal que la patológica, hace que los clínicos, con objeto de obtener el gran fruto que se puede recoger caminando la medicina por estas direcciones, se esfuercen en precisar las perturbaciones funcionales que causan las lesiones y expresan los síntomas; y siendo el riñón uno de los órganos que más papel juega en la depuración del organismo por la influencia que ejerce regulando la circulación y la presión sanguínea, á él se han de dirigir con predilección los métodos para ver su funcionamiento fisiológico ó patológico.

De los dos grandes grupos en que se dividen los métodos de exploración, experimental y espontánea, hemos empleado el primero, y como materia prima la disolución de azul de metileno al 1 por 20.

Técnica. — Para efectuar la prueba de la permeabilidad, del modo como nosotros la ejecutamos, se necesita:

1.° Una disolución acuosa esterilizada de azul de metileno al *uno* por *veinte*, que en cada centímetro cúbico lleva *cinco* centígramos de materia colorante.

2.° Una sonda de Nélaton.

3.° Papel de filtro preparado como más adelante se expondrá.

4.° Ácido acético glacial y cloroformo.

5.° Una jeringuilla graduada para inyecciones intramusculares.

Al describir cada uno de los tiempos de la exploración, procurare-

mos hacer notar las ventajas que á nuestro modo de ver existen en esta manera de proceder.

La inyección de *un* centímetro cúbico de la disolución de azul de metileno al *uno* por *veinte*, se hace intramuscular, porque con esto se tiene la ventaja de que se absorbe al cabo de algunas horas toda la materia colorante, que trae como consecuencia que en la comparación de las distintas observaciones entre igual cantidad de materia absorbida; pues en la inyección subcutánea, el tejido dérmico retiene durante bastante tiempo (meses en algunos casos), la substancia colorante, y por lo tanto no puede entrar en la comparación la misma cantidad de materia colorante.

El sitio ideal para poner la materia colorante, sería la arteria renal, porque así únicamente tendría que atravesar el azul, el epitelio de los *tubuli renal*, que es lo que en realidad busca el clínico para determinar su estado fisiológico ó patológico; pero como esto es imposible, á lo menos en el hombre, el sitio donde me parece preferible practicar la inyección, es la región glútea, que tiene la ventaja de ser sitio muy rico en tejido muscular. Una vez hecha la inyección y retirada la aguja, se tapa la picadura con un poco de colodion elástico para impedir que salga al exterior cantidad alguna de materia colorante. La inyección es poco ó nada dolorosa, pues sabido es que estas inyecciones se recomiendan en terapéutica como analgésicas.

Estando el sujeto en la cama, para que á ambos (sujeto y experimentador) sea más cómoda la observación, y pasados próximamente veinte minutos, se hace con todas las condiciones de asepsia el cateterismo uretral con sonda de Nélaton, con objeto de vaciar todo el contenido vesical, dejando puesta la sonda para que la orina inmediatamente que sale de los uréteres al bajo fondo de la vejiga por el mecanismo del sifón, salga gota á gota al exterior.

Este modo de proceder tiene la ventaja (si bien es algo más molesto que los cateterismos periódicos), de obtener orina gota á gota, con lo cual se puede determinar más exactamente el principio de aparición de la materia colorante. Una vez que la orina cae gota á gota, se recibe en un papel de filtro, procurando que cada gota caiga en sitio distinto del papel, y en cuanto la gota de orina que cae contiene en suspensión materia colorante, ésta se va á la periferia, tiñendo el papel de filtro de un hermoso color azul; esto indicará el principio de la eliminación.

Si el azul de metileno se eliminase siempre bajo la forma de azul,

la cosa sería tan sencilla como acabamos de describir, pero es que dicha substancia se elimina, además de la forma de azul, bajo la forma de un derivado de dicha substancia designado por Voissin y Hauser, que han sido los primeros en reconocer su existencia, con el nombre de *cromógeno*, substancia que es incolora ó de color amarillo claro, y que en el primer caso no teñirá la orina, y en el segundo el color que la comunica es el amarillo de canario, que es uno de los colores de la escala colorimétrica normal de las orinas, y por lo tanto, es imposible descubrirle por medios físicos; pero por medios químicos se puede hacer notar su presencia calentando la orina mezclándola con ácido acético glacial, que oxida el cromógeno y le hace pasar á azul, cambiándose el color en azul intenso, y siendo, por lo tanto, la reacción muy característica; debiéndose advertir que cuando están mezclados el cromógeno y el azul, es necesario precitar primeramente el azul por medio del cloroformo.

Dos por lo menos son los cromógenos del azul de metileno: el primero es un cuerpo muy inestable que toma nacimiento en las orinas con fermentación alcalina, en las cuales el azul se elimina bajo la forma de azul; pero poco tiempo después la orina se decolora por la formación del cromógeno, siendo suficiente para convertirla en azul oxidarla, para lo cual basta agitar la vasija estando ésta al contacto del aire.

El segundo, el descubierto por Voissin y Hauser, es el más estable, tiene todos los caracteres iguales al anterior, diferenciándose únicamente en que para convertirle en azul por oxidación es necesario acidificar con ácido acético y calentar en contacto del aire.

En la manera que tenemos de determinar la permeabilidad conservamos íntegras todas las partes de esta reacción, no haciendo más que acomodar la reacción á la manera de investigar; para esto empezamos por someter á un principio de torrefacción el papel de filtro, haciéndolo en la clínica de la siguiente manera: encima de una delgada chapa de latón de unos 50 centímetros de longitud por *diez* de anchura, colocamos tiras de papel-filtro calentando el latón con lamparillas de alcohol hasta que el papel tenga un color como de café á medio tostar, desechando las tiras que estén quebradizas, porque, además de ser muy incómodas, no dan con tanta claridad la reacción. Con el papel así preparado, y caliente el ácido acético, se echa una gota de ácido sobre el papel, y en seguida, en el punto donde se ha vertido el ácido, se recibe una de las gotas de orina que proceden á través de la sonda del bajo fondo de la vejiga, y si la

orina contiene cromógeno de azul de metileno, en la periferia del sitio humedecido por el ácido y la gota se forma un círculo de color azul muy visible.

Esta manera de proceder tiene la ventaja de poder, con muy poca paciencia, determinar la primera gota de orina en que aparece, bien sea el cromógeno, bien el azul, y esto, en medio de lo inexacto de todos los procedimientos que se emplean, le da cierta garantía, lo que unido á la facilidad de ejecución y el emplear medios que se encuentran en todas las clínicas, aun en las peor provistas, le hacen más fácil de poner en práctica.

Una vez determinado el principio de eliminación, se retira la sonda de Nélaton, dejando dicho al enfermo que cada una de las micciones que haga lo ejecute en recipientes de cristal distintos, que los vaya numerando, y que cuando se vea que en uno de los recipientes no hay color azul, se hace la reacción del cromógeno, para lo cual es preferible hacerlo en un tubo de ensayo, con objeto de poderse asegurar, si hubo intermitencia, del grado de ella, hasta ver á qué hora próximamente acabó la eliminación.

Si la observación fuese muy interesante, ó por cualquier causa hubiese necesidad de saber la hora fija de acabar la eliminación, se puede emplear el mismo procedimiento que para determinar el momento del principio de eliminación ; pero entonces bien puede el observador revestirse de gran paciencia, pues como se verá más adelante de unas á otras observaciones van días de diferencia, y fácil es comprender que no hay enfermo capaz de resistir impunemente varios días de sonda permanente, ni observador que sea capaz de recoger con los cuidados que antes se han expuesto todas las gotas de orina y echar tantas gotas de ácido acético como un enfermo puede eliminar en los varios días en que oscila el fin de la eliminación en las distintas observaciones.

Para determinar la intensidad en la eliminación hemos empleado el procedimiento de Achard y Plere, que no es más que el procedimiento de las titulaciones comparadas, y que consiste, aplicado á este caso, en tener una cantidad determinada de orina que no contenga azul de metileno, para lo cual puede emplearse la orina que se extrae de la vejiga al hacer el cateterismo, cogiendo una cantidad determinada y diluyéndola en bastante cantidad de agua: nosotros empleábamos *dos* centímetros cúbicos de orina y *cien* centímetros cúbicos de agua, y en otro recipiente colocamos *dos* centímetros cúbicos de orina que contiene substancia colorante diluída

en otros *cien* centímetros cúbicos de agua y añadiendo á la primera mezcla una disolución titulada de azul de metileno al *uno* por *quinientos*, hasta que el líquido contenido en los dos recipientes tomen el mismo color.

Este procedimiento, como fácilmente se puede comprender, es muy inseguro, pues está basado en una de las apreciaciones que más difícilmente hace el aparato de la visión, cual es la percepción de los colores; pero no obstante, á poca práctica que se tenga puede saberse, con diferencia de pocos miligramos, la cantidad de azul de metileno eliminada, lo cual en la práctica es suficiente, puesto que no hay que perder de vista lo que ha dicho Brault en el artículo *Riñón* de la segunda edición del *Tratado de Medicina*, dirigido por Bouchard y Brissaud, á propósito de los coeficientes de eliminación y destrucción de dicha substancia colorante; por lo cual todos los procedimientos que se quieran emplear para determinar la cantidad eliminada, tienen que tener alguna causa de error, necesitándose sólo mayor exactitud en los casos en que deseemos saber la cantidad de substancia colorante destruída, lo cual puede hacerse con muchísima facilidad, sabiendo la cantidad de azul de metileno inyectada y la cantidad exacta de azul de metileno eliminada, para lo que es imprescindible recurrir al método de las pesadas, precipitando previamente las substancias por medio de cloroformo, filtrando y pesando después con todos los cuidados que requieren esta clase de observaciones.

Con el primer procedimiento, ó sea con el de las titulaciones comparadas, que es el empleado por mí, he hecho tres grupos: lo que llamo intensidad normal, que es el que elimina de *veinte* á *treinta* miligramos en las *veinticuatro* horas, y máxima y mínima, según que la cantidad de materia colorante eliminada aumente ó disminuya esta cantidad.

Esta manera de obrar es aplicable, como fácilmente se comprende, para determinar la permeabilidad renal de ambos riñones á la vez, y por lo tanto, no tiene aplicación ninguna, cuando se quiera determinar si uno de los riñones funciona fisiológica ó patológicamente; pero se puede determinar con relativa facilidad introduciendo como complemento á esta manera de obrar, un tiempo que es bastante difícil; me refiero al tabicamiento vesical ó el cateterismo de los uréteres, de técnica ambos, pero sobre todo, este último, muy difícil.

Descrita la técnica, vamos á exponer las deducciones obtenidas

en *cincuenta y seis* sujetos en que hemos hecho la experimentación, teniendo que hacer *dos* grandes grupos; uno el referente á sujetos fisiológicos, pues se hizo en todos el análisis completo de orina; y en el otro grupo, colocaremos los sujetos con enfermedades de los distintos aparatos.

En el primer grupo, empezaremos diciendo, que el término medio del tiempo que tardó en empezarse á eliminar el compuesto de metileno en *siete* observaciones hechas en *tres* sujetos normales, es de *treinta y dos* minutos, siendo la diferencia máxima en ellas de quince minutos.

El término medio del tiempo total que estuvieron eliminando fueron *cuarenta y tres* horas, existiendo una diferencia entre la mayor y la menor de *once* horas. La forma de la eliminación fué, unas veces de cromógeno y otras de azul; pero observándose en estos tres casos, lo mismo que en los demás que hemos visto de sujetos normales, que en un mismo sujeto la forma de eliminación es siempre la misma, siendo más frecuente la forma de cromógeno que la de azul.

Con respecto á la marcha, sólo hay que apuntar, que siempre ha sido intermitente, y en cuanto á la intensidad, se ve que en todos los casos está en el término medio, pues si bien en uno hay intensidad máxima, esto fué por tan poca cantidad, que bien puede considerarse dentro del segundo grupo de los *tres* en que dividimos la intensidad.

En el segundo grupo de sujetos, ó sea en los de aparatos enfermos, tenemos que hacer una subdivisión en grupos, para ir sacando las deducciones por enfermedades.

En un enfermo addisoniano, el término medio del tiempo que tardó en empezar á eliminar, fué de *sesenta y ocho* minutos; y el término medio del tiempo total que estuvo eliminando, fué de *cincuenta y cinco* horas y siete minutos.

La forma de la eliminación, fué de todas variedades, pues se eliminó en la primera observación cromógeno al principio, y azul y cromógeno después; en la segunda observación la forma sólo fué de cromógeno, mientras que en la tercera fué de azul.

La marcha fué continua en dos ocasiones, é intermitente en una, y en cuanto á la intensidad, ha sido mínima en las tres. Como se ve, la prueba de la permeabilidad en este enfermo ofrece algunas particularidades que la separan de los sujetos de riñón normal. Este no deja de tener cierta importancia, por la que va adquiriendo el estu-

dio de las lesiones del riñón de los addisonianos. En espera de nuevas observaciones, no hacemos más que apuntar el hecho.

En un enfermo de nefritis parenquimatosa, el término medio del tiempo que tardó en empezar la eliminación, fué de *ochenta y un* minutos, y el del tiempo que estuvo eliminando, es de *sesenta y tres* horas y *dieciséis* minutos; siendo la forma en que se eliminó tan sólo en una de las *cuatro* observaciones de cromógeno y *tres* de azul; la marcha ha sido en todas las observaciones continua, y la intensidad, mínima.

En la nefritis intersticial, el término medio del principio de la eliminación es bastante considerable, pues es de *setenta y dos* minutos, y que en cambio, el tiempo que está eliminando se eleva á *setenta y seis* horas y *doce minutos*; en cuanto á la forma en que se ha eliminado, en esta enfermedad no ha existido uniformidad, puesto que en dos observaciones nos encontramos que se elimina bajo la forma de cromógeno y en una de azul, y en cuanto á la intensidad en las *tres*, se ha eliminado en cantidad mínima.

En un caso de nefritis crónica con intoxicación urémica, en la única observación que se hizo se ve que el tiempo en que empezó á eliminar aumenta considerablemente, pues se eleva á *ochenta y cinco* minutos, así como el tiempo que estuvo eliminando, que se elevó á *ochenta y tres* horas y *cuarenta* minutos; la forma fué de cromógeno y la marcha continua con intensidad mínima.

En un caso de eclampsia gravídica, en el cual el principio de eliminación del compuesto de metileno tardó en aparecer el mayor tiempo que registra la bibliografía médica que de estos asuntos he podido leer, pues fué de *nueve* horas, su intensidad fué máxima, su forma azul y su marcha continua, en lo que se pudo apreciar es un caso notable, y el que ocurriera de esta manera es probablemente debido al estado agónico de la enferma; y el que la intensidad fuese máxima, á la falta ó disminución considerable al coeficiente de destrucción del azul.

En las observaciones de nefritis *a frigore* tardó en empezar *setenta y siete* minutos, estuvo eliminando *cincuenta y dos* horas y *cincuenta y ocho* minutos; se eliminó bajo la forma de cromógeno, siguiendo una marcha continua con una intensidad máxima.

En las nefritis sifilíticas, el término medio de las dos observaciones hechas es *cuarenta y seis* minutos para el tiempo que tardó en empezar, y *sesenta y una* horas y *veintitrés* minutos el tiempo que estuvo eliminando, y en las dos, la forma de eliminación, el tantas

veces repetido cromógeno: la marcha fué continua y la intensidad mínima.

En el caso en que mis observaciones se separan por completo de lo que dicen los experimentadores que á estos asuntos se dedican, es lo observado en un enfermo de pielonefritis del riñón del lado derecho, en lo que, por el contrario de lo que dicen Albarrán en el capítulo titulado «Exploraciones del riñón», de la monumental obra de cirugía dirigida por Le Dentu y Delbet, Achard en su comunicación al *XIII Congreso internacional de Medicina*, Bard, Bernard, etc., encontramos permeabilidad para la substancia colorante normal, pues el tiempo que tardó en empezar á eliminar fué de *treinta y cinco* minutos, y los autores á que antes hacemos mención dicen que el principio está bastante retardado, y esto no se explica bien, porque si la lesión no es más que de un riñón, el otro está completamente sano, y por lo tanto, en estado de funcionar fisiológicamente, y de aquí que, cuando se trató de operar á este enfermo, el catedrático de Clínica quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid, doctor D. José Ribera, dijese que, una de las cosas que le hacía operar este enfermo, á pesar del mal estado general en que se encontraba, era sencillamente que la permeabilidad renal era normal.

El tiempo que estuvo eliminando fué *treinta y seis* horas y *cincuenta y cinco* minutos; la forma en que se eliminó fué de cromógeno y la intensidad mediana.

Si nosotros echamos ahora una ojeada de conjunto á los dos grupos de enfermos, y empezamos á comparar los resultados obtenidos en los enfermos con riñones sanos y los de riñones patológicos, notaremos grandes diferencias; por de pronto, el tiempo máximo en el principio de eliminación que hemos encontrado en los normales es *cuarenta* minutos, y en los patológicos el mínimum ha sido de *cuarenta y dos* minutos; y si nosotros anotamos el tiempo empezando por *veinticinco* minutos, que es el tiempo mínimo en lo fisiológico, y después todas las demás cifras obtenidas, veremos que es una escala creciente que se sostiene bastante entre *treinta* y *cuarenta* minutos, que asciende después rápidamente hasta llegar á los *setenta* ú *ochenta* minutos, donde se sostiene bastantes cifras para saltar después á las *nueve* horas que ya hemos dicho anteriormente, que consideramos como excepcional, deduciéndose fácilmente que en el primer sitio donde se sostienen las cifras es el término medio correspondiente á la permeabilidad normal, y en el segundo sitio es el correspondiente á la permeabilidad patológica, y que todas las demás

cifras intermedias no representan más que grados de transición entre unas y otros, acercándose ó incluyéndose las cifras más bajas en lo que se llama exceso de permeabilidad, y la cifra más alta puede considerarse como el primer eslabón de la falta de eliminación de la substancia.

Si con las cifras que representan el tiempo total que están eliminando la substancia hacemos otro tanto, encontraremos lo mismo, ó sea una escala ascendente cuyo término mínimo esta representado por la cifra de *veinticinco* horas, continuando ascendiendo hacia las *cuarenta* horas; hay varias observaciones que son las representantes del tiempo fisiológico, después hay un salto y no se encuentran observaciones hasta la cifra de *cincuenta y una* horas, y por las cifras de *setenta* á *ochenta* horas, es donde existe mayor número de observaciones, que es, por lo tanto, lo que corresponde á la permeabilidad patológica, no encontrando aquí como en el tiempo que tarda en empezar á eliminar cifras muy extremas.

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General y Hospicio. Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Madrid.

SUMARIO: I. Endotelioma de la órbita. — II. Complicaciones corneanas en el bocio exoftálmico; su tratamiento por la tarsorrafia.—III. La oftalmía purulenta como causa de ceguera en Méjico. — IV. Resultados lejanos de la extracción del cristalino transparente.—V. Aplicaciones médicas del radio.

I. El Dr. Jorge Dehogues, oculista del Hospital Número Uno y del Centro Gallego de la Habana, ha publicado un raro caso de endotelioma de la órbita. Era un hombre de treinta años, que presentaba gran exoftalmía hacia abajo y afuera, el globo ocular se encontraba fuera de la órbita y el párpado superior, alargado, apenas recubría el segmento posterior del ojo.

En la parte supero-interna de la órbita se notaba un tumor duro, voluminoso, que parecía tener su punto de implantación en la pared supero-interna. Introduciendo el dedo meñique entre el tumor y el borde superior de la órbita parecía que estaba pediculado.

Este tumor tenía tres años de fecha y había aumentado lentamente sin dolores ni otra molestia que la exoftalmía.

Existía ligera congestión papilar y la agudeza visual estaba disminuída. El autor pensó en un sarcoma de la órbita y practicó la siguiente operación:

Primero hizo una cantoplastia para aumentar el campo operatorio, después disecó la conjuntiva en el segmento superior, y buscando el recto superior, cuyo tendón estaba muy adelgazado, le cargó sobre el gancho de estrabismo y le seccionó, fijando la extremidad superior por medio de un hilo fiador. Ya en la órbita, el tumor se hernió como si estuviese comprimido hacia adentro.

En seguida el operador introdujo el dedo índice y contorneó el tumor, apreciando que tenía un pedículo que se dirigía hacia atrás. Destruyó las adherencias con la sonda acanalada, y con la tijera de enucleación seccionó el pedículo todo lo atrás que pudo. Suturó el tendón cortado, así como la conjuntiva, y aplicó un tubo de desagüe y cura aséptica.

En menos de un mes el paciente quedó curado. El párpado superior está en ptosis y hay desviación del ojo hacia abajo, lo que produce diplopia en el campo visual superior, probablemente á causa de no haberse unido los dos extremos del músculo recto superior. La agudeza visual llegó á ser normal.

A los dos meses de la extirpación del tumor el autor practicó la tenotomía del recto inferior combinada con el avanzamiento del recto superior, con lo cual la diplopia se mejoró extraordinariamente.

El aspecto microscópico del tumor demostró que se trataba de un endotelioma, afección muy rara, siendo muy pocos los que se describen en la literatura oftalmológica. (*Revista de Medicina y Cirugía de la Habana*, julio 1905).

II. Rochon-Duvigneaud se ocupa en el *Journal des praticiens*, número 31, 1905, de las complicaciones corneanas que pueden presentarse en la enfermedad de Basedow.

Cuando la exoftalmía es tal que durante el sueño no recubren los párpados el globo ocular, y durante el día el parpadeo es insuficiente y deja de humedecer y limpiarse la córnea de un modo eficaz, resulta que esta membrana se deseca, se inflama y después se ulcera (queratitis por lagoftalmos).

Si en los casos leves de exoftalmía esta complicación puede evitarse por los cuidados de limpieza y un vendaje oclusivo, en los

casos graves estas precauciones son ilusorias, y por la menor irritación (viento, polvo) la córnea se ulcera y el ojo corre el riesgo de perderse.

¿Qué hacer enfrente de estos accidentes?

La ulceración no se modifica por los cuidados de la asepsia y antisepsia, puesto que la causa de la queratitis persiste (inoclusión y desecación).

Lo único eficaz es colocar á la córnea en sus condiciones fisiológicas, es decir, colocarla detrás de los párpados. Es menester para esto obligar á los párpados á permanecer unidos delante del ojo exoftalmiado; es lo que se realiza por medio de la tarsorrafia.

Para practicarla, el autor aviva el ángulo posterior de los cartílagos tarsos, y después aplica cuatro puntos de sutura, con lo cual se consigue una tarsorrafia completa; en otros casos aplica solamente tres puntos, y queda en la parte interna una parte de los párpados sin suturar, por la cual puede verificarse la visión.

Los puntos se separan después de los cuatro días. Con esta operación los dolores oculares cesan y el enfermo puede conciliar el sueño. La curación de las lesiones corneanas se realiza rápidamente, cesando el lagrimeo, la fotofobia, etc.

En los casos en que se verifica la curación de la exoftalmía pueden separarse ambos párpados, si bien no debe hacerse de un modo completo, á fin de evitar la aparición de nuevos accidentes corneanos.

La tarsorrafia puede practicarse con cocaína, pero en los niños y personas pusilánimes hay que usar el cloroformo.

La tarsorrafia no siempre es posible. En los casos de exoftalmía excesiva puede suceder que la tensión de los párpados fuertemente colocados delante del globo ocular sea tal, que se rasguen los puntos.

El autor ha hecho una modificación en la operación para los casos de exoftalmía excesiva en que se había intentado la tarsorrafia sin resultado.

Lo que impide á los párpados, sobre todo al superior, de alargarse cuanto lo permita la elasticidad de la piel, es decir, de un modo considerable, es el ligamento suspensorio ó ligamento ancho de los párpados. Está constituído por una lámina fibrosa resistente, aunque fenestrada en diversos puntos, que se extiende desde el borde orbitario á la cara profunda de la piel del párpado, sirviendo así como de tendón de sujeción cuando aquél se distiende.

Pues bien; el autor practica con el bisturí la sección subcutánea de dicho ligamento, con lo cual el párpado puede distenderse y recubrir el ojo sin tensión excesiva y los puntos se han podido colocar fácilmente, obteniéndose la curación de las lesiones corneanas.

Caso de que hubiese casos en los cuales no se pudiesen curar las lesiones corneanas á causa de no poder practicar la tarsorrafia, no hay otro recurso que la simpatectomía. Pero esta operación no deja de tener inconvenientes para el porvenir del enfermo, y no tiene una eficacia absoluta para la reducción de la exoftalmía. El autor cree que es menester reservarla para casos excepcionales y que se debiera buscar de reemplazarla por el desbridamiento subcutáneo de los párpados y hasta la división del ligamento palpebral externo, que permite una distensión todavía más considerable de los velos protectores del ojo.

III. El Dr. José Ramos ha desarrollado ante la Sociedad Oftalmológica Mejicana un trabajo sobre el tema «La oftalmía purulenta como causa de ceguera en Méjico é importancia de su prevención por la divulgación de sus peligros entre los médicos, las parteras y el público». El autor expone la estadística de Carreras Arago respecto al número total de ciegos que existe en cada país y después la cifra que corresponde en proporción del número de habitantes.

Según el autor, en todos los Estados mejicanos hay 15.000 ciegos, entre los 15 millones de habitantes que tienen. Según esta proporción, Méjico está en el sexto lugar por el número absoluto de casos de ceguera, quedando comprendido entre España, que cuenta con 17.379 casos, y Austria, en la que se enumeran 11.329.

Según la estadística de Netter, la proporción entre el número de ciegos por oftalmía purulenta de los recién nacidos y el número total de casos de ceguera originados por toda clase de enfermedad, sería de 25 por 100 en los asilos de Suiza, de 23 por 100 en Alemania y de 30 por 100 en los Estados Unidos.

En Méjico, el Dr. Verliz encontró 17 casos de ceguera por oftalmía purulenta de los recién nacidos entre los 40 asilados que el año 1881 había en la Escuela Nacional de Ciegos; la proporción encontrada entonces corresponde á 42'2 por 100.

Según el autor, en Méjico la causa más frecuente de ceguera es la oftalmía purulenta; se eleva á 28'74 por 100 si se tiene en cuenta solamente la purulenta de los recién nacidos, y si se considera la de todas las edades, puede calcularse que llega al 30 por 100 la cifra total de ciegos por aquella enfermedad.

Y admitiendo que en Méjico existen 15.000 ciegos, 4.500 lo son por oftalmía purulenta.

El importante trabajo del Dr. Ramos termina con las siguientes conclusiones:

1.ª La oftalmía purulenta en los recién nacidos es una causa muy frecuente de ceguera en nuestro país, pudiendo calcularse en un 28 ó 30 por 100 el número de ciegos que deben á dicha causa la pérdida de la visión.

2.ª La ciencia actual cuenta con medios poderosos para prevenir el desarrollo de la oftalmía, cuyos medios han sido bien estudiados por todos los observadores.

3.ª Aunque la oftalmía llegue á desarrollarse, es posible, en gran número de casos, evitar la ceguera consecutiva, si se emplea un tratamiento adecuado y oportuno.

4.ª La ceguera que sobreviene después de la oftalmía es debida, en la gran mayoría de casos, á la falta de asistencia médica emprendida en tiempo útil.

5.ª Para evitar que sobrevenga la ceguera por falta de asistencia es preciso emprender un trabajo de propaganda enérgica y tenaz.

Se debe nombrar una comisión permanente central y cuantas comisiones municipales sean necesarias para obtener los resultados que se desean. (*La Escuela de Medicina*, de Méjico, octubre 1905.)

IV. El Dr. Pritz Huber ha publicado un trabajo relativo á los resultados lejanos de la extracción del cristalino transparente. Dicho trabajo versa sobre 90 casos que comprenden 100 operaciones de miopía, practicadas por el Dr. Haab. Se refieren á 80 personas operadas de un ojo y 10 de los dos.

La edad media á que son operados los miopes es de once á cuarenta años, la mayor parte de veintiuno á treinta.

La agudeza visual antes de la operación era de $^1/_2$ á $^1/_4$ en 36 casos y de $^1/_{10}$ á $^1/_4$ en 47. En los primeros días después de la operación, la agudeza visual era de $^1/_2$ á $^3/_7$ en 25 casos, y de $^1/_4$ á $^1/_2$ en 49. En suma, de 100 operaciones 91 dieron V = $^1/_4$ á 1.

En 23 casos fué suficiente una discisión con 1, 2, 3, ó 4 paracentesis. En general son necesarias 2 discisiones y de 1 á 4 punciones; se han practicado además 17 esclerotomías y 1 extracción con iridectomía.

Fueron examinados 66 enfermos después de la operación, en un plazo de uno á doce años, y de ellos 44 por 100 tenían una agudeza visual de $^1/_2$ á $^3/_4$, 25 por 100 de $^1/_4$ á $^1/_2$.

La agudeza había, por tanto, aumentado durante este tiempo; la mayor parte de estos operados habían pasado de $^1/_{10}$ y $^1/_4$ á $^1/_2$ y $^3/_4$.

Desde el punto de vista de las complicaciones consecutivas, la comparación entre los ojos operados y los no operados, demuestra que la afección más frecuente es la lesión macular (20 por 100), después los trastornos del vítreo (16 por 100), luego la hemorragia retiniana (15 por 100). El desprendimiento no da más que el 7 por 100.

Los ojos operados presentaron en el último examen 15 por 100 de lesiones maculares nuevas, mientras que los ojos no operados no daban más que el 7 por 100; además, tres veces solamente la agudeza del ojo operado fué disminuída por este motivo, y ocho veces aumentó, no obstante la lesión reciente.

Los desprendimientos de la retina sobrevinieron entre uno y cinco y medio años después de la primera discisión.

En tres casos el resultado fué malo, V = 0: uno por rotura de la retina, otro por glaucoma y otro por infección.

La refracción, poco tiempo después de la operación, era emétrope en 17 por 100, miope en 12 por 100 é hipermétrope 71 por 100. En el primer examen los emétropes eran 33 por 100, los miopes 17 por 100 y los hipermétropes 50 por 100.

La diferencia de refracción antes y después de la operación fué de 16 á 36 dioptrías; las cifras más frecuentes son 17 dioptrías en 12 casos, 19 en 11, 20 en 15 veces.

El autor dice que no se puede tener una opinión precisa sobre los resultados definitivos de la fakolisis, porque, según su estadística, la agudeza aumenta durante largo tiempo. Así que sería de desear que se publicasen por otros autores los resultados lejanos que datasen por lo menos de tres años. Es menester hacer notar también que el ojo que se escoge para la operación es siempre el más malo y más atacado.

Según Huber, en la fakolisis no tenemos, como se creía al principio, un paliativo absoluto contra las complicaciones peligrosas. Nuestro deber es advertir á los que hayan de someterse á dicha operación, que corren cierto riesgo y que tanto antes como después de la operación hay que observar ciertas precauciones para evitar las complicaciones eventuales. La esperanza de que dichos ojos afáquicos llegarían á ser más resistentes y podían hacer más trabajo después de la operación, no está justificada por completo. Dichos ojos son siempre parecidos á los miopes desde el punto de vista de su vulnerabilidad (*La clinique ophtalmologique*, noviembre de 1905).

V. Según las observaciones de Darier, el radio en aplicaciones locales tiene una acción manifiesta sobre el sistema nervioso: 1.°, acción calmante ó analgésica sobre el elemento dolor; 2.°, acción inhibitoria sobre ciertos espasmos y manifestaciones convulsivas; 3.°, acción estimulante sobre los nervios sensitivos ó motores paralizados.

Las observaciones de Darier, comprobadas por Raymond y otros, tienden á probar que los rayos de Becquerel tienen una acción reguladora sobre la función nerviosa en general.

Las propiedades cáusticas alterantes del radio han probado ya la curación de muchos epiteliomas superficiales, lupus, tracomas, etc. El autor preconiza además las aplicaciones radio-activas en la episcleritis, en el catarro del heno, en las hemorragias intra-oculares, etcétera.

Ha dado resultados favorables en el desprendimiento de la retina y en ciertos glaucomas. En el eczema de los párpados y en algunas blefaritis rebeldes, igualmente que en ciertas queratitis arborescentes, estará bien la aplicación de pomadas radio-activas (*Archivos de Medicina y Cirugía especiales*, agosto de 1905).

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR D. JOSÉ GOYANES

Cirujano de número del Hospital Provincial de Madrid.

I. Contribución á la casuística del diagnóstico de los cálculos renales por medio de los rayos Röntgen. Comunicación al Congreso Röntgen de Berlín (abril-mayo 1905), por los Dres. C. Comas y A. Prió. Barcelona, 1905.

II. Leçons de Clinique Chirurgicale, par O. M. Lannelongue. Paris. Masson et C.e, 1905.

III. La Cirugía de las manifestaciones filariósicas, por el Dr. Enrique Núñez. Habana, 1905.

IV. Contribution á l'étude de la funiculiti linphotoxique dans les pays chauds, par le Dr. R. Menocal. Havane, 1905.

I

La interesante Monografía de los Dres. Comas y Prió, distinguidos radiólogos barceloneses, viene á confirmar el alto valor de la exploración röntgenográfica en el diagnóstico de los cálculos rena-

les. Comprende una serie de 27 casos de litiasis renal, en los cuales el examen radiográfico dió un resultado positivo, confirmado en 15 por la intervención operatoria, y otra de 85 casos, de resultado negativo, de los cuales 11 fueron sometidos al tratamiento quirúrgico.

Los autores recomiendan la exploración general (regional) y la local; esta última á favor del diafragma compresor de Albers-Schönberg, que la facilita notablemente y es tolerada sin molestias por los enfermos. La Monografía va acompañada de hermosos grabados demostrativos.

II

El ilustre profesor de la Facultad de Medicina de París acaba de dar á la publicidad un libro titulado *Leçons de Clinique Chirurgicale*, donde el autor expone abundante doctrina sobre las tuberculosis óseas y articulares y sobre otra porción de problemas quirúrgicos.

Algunos puntos de vista originales se destacan especialmente en el citado libro. En el prólogo expone Lannelongue la idea de proveer á todo paciente de un *carnet sanitario personal*, donde el médico registre las dolencias pasadas y las afecciones de los progenitores, sirviendo así de precioso guía para el conocimiento y diagnóstico de las enfermedades actuales.

Propone además sustituir la expresión «enfermedades crónicas» por la de «enfermedades de evolución lenta», y explica de modo claro el concepto de «enfermedades nuevas» en el sentido de afecciones mejor conocidas y estudiadas.

Una de las principales lecciones sobre tuberculosis quirúrgicas está dedicada al estudio del tratamiento por el método esclerógeno, el cual, como es sabido, ha sido ideado por Lannelongue. La obra resulta, en conjunto, original y de buena doctrina clínica.

III

El ilustrado Dr. D. Enrique Núñez, profesor auxiliar en la Escuela de Medicina de la Habana, merece plácemes por su estudio acerca del aspecto quirúrgico de las manifestaciones filariósicas, desarrollado en una Memoria de cerca de 100 páginas y numerosos grabados, premiada por la Academia de Ciencias Médicas de dicha ciudad.

La historia natural del parásito, la distribución geográfica de la filariosis y la patogenia de la misma están tratadas de una manera completa, sobre la base de investigaciones personales del autor y de

otros médicos cubanos principalmente. En la parte clínica de la Memoria se exponen todos los procesos (várices linfáticas, linfo-escroto, adenolinfocele, derrames quilosos y elefantiasis de los órganos sexuales) que tienen por etiología la infestación del organismo por la filaria, incluyendo su tratamiento quirúrgico.

La Monografía citada merece la atención de los médicos españoles, pues también en nuestro país se observan casos esporádicos de filariosis.

IV

La funiculitis linfotóxica de los países cálidos está bien estudiada en la Monografía del Dr. Menocal, profesor de Clínica quirúrgica de la Escuela de Medicina de la Habana. El trabajo está fundado en 36 observaciones, la mayor parte personales, de las que deduce el autor que la funiculitis del cordón es frecuente complicación séptica de las ectasias linfáticas de origen filariósico, que puede producir la muerte por peritonitis, y que el testículo no sufre daño alguno aunque el proceso adquiera intensa gravedad.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 10 de Febrero de 1906.

Fiebre aftosa.—El Dr. *González Alvarez* expone el siguiente caso clínico: Se trata de un niño de buena constitución y desarrollo, de once meses. El día 28 de enero último acusaba una temperatura de 39° y algunas décimas. Reconocido escrupulosamente, no se encontró nada que pudiera justificar la fiebre. Tenía en los brazos cuatro vacunas, dos en cada uno, en el período de desecación, que supuraban, y presentábanse en forma de placa erisipelatosa, y al no encontrar ninguna particularidad, prescribió la quinina, que había de administrarse tan pronto como la fiebre desapareciera.

Al siguiente día por la mañana encontró el mismo cuadro, sin que se hubiera administrado la quinina por no haber desaparecido la fiebre; que volvió á reconocer al niño sin encontrar tampoco nada que justificara el estado del niño; la temperatura había bajado durante el día á 38°, subiendo por la noche á cerca de 40°, pasando la noche agitadísimo. Al día siguiente,

30 de enero, al deprimir la lengua para reconocer al niño, vió en la pared posterior y lateral de la faringe una siembra de puntos blancos que no se tocaban entre sí, sin encontrar afta alguna en los órganos bucales.

Que aquellas aftas sólo podían explicarse por una infección que hubiese podido adquirir el niño por la ingestión de leche de alguna vaca que padeciese la glosopeda; pero tampoco esto era posible, porque, según le manifestó la familia, el niño no había tomado nunca la leche cruda, sino esterilizada á conciencia. Entonces ocurriósele pensar al Dr. González Alvarez que la única vía probable de aquella fiebre aftosa fuese la vacuna, hecha directamente de alguna res que padeciese la glosopeda.

Que en el segundo examen hecho á las veinticuatro horas del primero, abservó que las aftas se habían fusionado, dando al caso todas las apariencias de la difteria, cosa, sin embargo, poco probable, porque, como es sabido, rara vez brota la difteria por tantas partes. No obstante, se hizo un análisis para ver si se hallaba el bacilo de Klebs ó de Löffler, comprobándose únicamente la existencia del estreptococo y del estafilococo, á pesar de lo cual, y por voluntad del padre del niño, se administró al enfermito el suero antidiftérico, quedando plenamente comprobado que no se trataba de un caso de difteria.

Que la temperatura siguió su curso, notándose el 3 de febrero una exacerbación considerable y siendo peor el estado general del niño, coincidiendo dicho día la mencionada exacerbación con la aparición en la piel de esas erupciones especiales que hay en la fiebre aftosa, y que no eran, como hubiera podido pensarse, la urticaria producida por el suero, sino un ras hemorrágico con tendencia á la vesícula, que no llegó á formarse, coincidiendo con la aparición de aftas en la boca, mandíbula inferior y lengua, las de estas últimas en período vesiculoso, propagándose las aftas de la laringe por conducto del velo palatino, que impedían al niño la deglución.

Que hoy es el primer día en que la fiebre ha bajado á 37°,4 coincidiendo con la disminución de la infiltración, y disminuyendo también un abultamiento considerable en la fosa nasal derecha, abriendo mejor el ojo derecho, que antes lo abría mal.

Manifiesta que espera que, á pesar de la gravedad, cure el niño, y que esta fiebre aftosa tiene de particular la persistencia.

Respecto al tratamiento, dice que ha consistido, simplemente, en lavatorios con agua hervida por la boca y fosas nasales, debiéndose el alivio al arrastre de las mucosidades que dejaron libres los movimientos respiratorios, ó bien obrando los lavatorios como calmantes por la temperatura del agua, habiéndose observado que la temperatura descendía después de los lavados para volver á elevarse luego, lo cual prueba que el agua arrastraba los productos sépticos.

Que además tocó á las aftas de la boca y faringe con un pincel de pelo de nutria impregnado de una disolución de azul de metileno al 1 por 100, que mata el espirilo de Vincent, que tan fácilmente se sigue á todo género de infecciones sépticas bucofaríngeas.

Que el caso es importante, porque demuestra que no debe vacunarse directamente de la ternera al brazo, lo que muchas veces ha dado lugar á abscesos de la axila, adenitis supuradas, etc., lo cual prueba que debiera

exigirse á todos los centros de vacunación el exacto cumplimiento de cuanto en esta materia aconseja la ciencia.

Profilaxis de la tuberculosis.—Reanudado este debate, el Dr. *Calatraveño* divide aquélla en científica y social. Desde e punto de vista científico, el bello ideal sería un suero que pudiera inmunizar al individuo sano y atajar sus estragos en el enfermo.

Respecto á la comunicación de Bering al último Congreso de París, dice que este doctor, en una *interview* celebrada con un periodista, ha prometido hacer todo género de aclaraciones en el próximo Congreso de Lisboa.

Se encuentra pesimista en cuanto á la resolución del problema por los sueros, toda vez que los bacteriólogos aún no están de acuerdo acerca de si el bacilo es causa ó consecuencia de la enfermedad. Cita, en apoyo de esta última suposición, los trabajos de los doctores españoles Ferrán y Calvo Cambon. El primero de éstos afirma que en los esputos se encuentra, al lado del bacilo de Koch, otro bacilo espermífero, al que atribuye los estragos que ocasiona la enfermedad, puesto que, á causa de su avidez por el oxígeno, reduce la hemoglobina; que de las investigaciones realizadas por aquél en unión de Nicolaier, se ha visto que este bacilo se cultiva en unión del tisiógeno. Que esto tiene gran importancia para explicar algunos síntomas que ofrece la tuberculosis. como la anemia y palidez.

Que hay otro hecho en contra de la eficacia de los sueros, cual es, que para obtener ésta, sería preciso poder inyectar un pus en el que se hubieran metido los bacilos vivos á la temperatura del aire para obtener una toxina antituberculosa, lo cual es hoy imposible.

Que, por lo tanto, no se puede disponer hoy de un suero en condiciones tales, que pueda prevenir ni curar la tuberculosis, dudando mucho que lo haya conseguido Bering, á pesar de lo mucho que puede esperarse de la labor meritísima de tan gran autoridad científica.

Que en la tuberculosis existe una lesión celular, y que lo primero que hay que hacer, como dice el citado Dr. Calvo y Cambon, es procurar la integridad de la célula, con lo cual se viene á parar á la teoría celular, volviendo á reaccionarse en favor de las tuberculinas, siendo cierta la orientación seguida por Kocher.

Respecto á la parte social, el Dr. Calatraveño se fija en el gran incremento que han adquirido las meningitis tuberculosas para ver si la Academia puede dirigirse al Gobierno y recabar de él alguna medida á fin de evitar la enorme pérdida de niños causada por dicha enfermedad.

Que un mes con otro mueren 110 niños por meningitis tuberculosa, siendo quizá mayor la cifra, pues como dice León Petit, la mayor parte de las estadísticas que se dan de tuberculosis son inexactas, puesto que no se incluyen los tuberculosos en quienes recaen otras enfermedades; de modo que, si las estadísticas acusan en nuestro país una mortalidad por tuberculosis de 40.000 individuos, bien puede asegurarse que será de 50.000 cuando menos.

Como medios que conviene poner en práctica, el Dr. Calatraveño se fija especialmente en la protección que debe otorgarse á la madre durante el embarazo, y en el alcoholismo de madres y nodrizas.

Cita la comunicación presentada por el Dr. Espina al Congreso Interna-

cional de la tuberculosis celebrado en París, y llama la atención acerca del mayor incremento del alcoholismo en España, que aunque no alcanza la proporción de otros países, ha aumentado de algún tiempo á esta parte, atribuyéndolo al mal ejemplo de los obreros extranjeros que trabajan en nuestro país.

Llama la atención acerca de la conveniencia de desterrar la medicación por medio de los vinos, especialmente en las madres y nodrizas, citando á este propósito el caso de una señora á quien se recomendó tomar yemas con vino de Jerez, llegando á tomar, así insensiblemente, una considerable cantidad de vino que dió por resultado la meningitis de su hijo. Atribuyó la excitación, que frecuentemente se observa en los niños de pecho, al vino que toman las nodrizas, á lo cual atribuye el mayor número de meningíticos.

Como medio de impedir la enorme mortalidad infantil, encarece la conveniencia de evitar la alimentación inconveniente en los primeros meses de la vida.

Termina manifestando, como conclusiones, que mientras no se disponga de un suero que permita prevenir ó curar la tuberculosis, hay que limitarse á proteger á la madre durante el embarazo, procurar que el destete sea lo más tarde posible, vigilar la alimentación de los niños, creando sanatorios terrestres y marítimos, hospitales para niños, de los que no tenemos ni uno en buenas condiciones.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 29 de Enero de 1906.

Fiebre histérica. — El Dr. Juarros: La fiebre histérica es un cuadro sindrómico extraordinariamente discutido. Autores tan prestigiosos como Charcot y Landouzy la niegan; otros, tan acreditados como Gilles de la Tourette y Debove, la defienden.

El primero que la individualizó fué Pomme, pero Brousais la negó, atribuyéndola á trastornos gastro-intestinales; con él los negaron Landouzy y Grisolle, Besancon y Strumelle, etc.; más tarde, Briquet volvió á sostener la existencia clínica de la fiebre histérica, apoyado por Gagey y Briand, que aportó dos observaciones tan claras que amortiguaron las discusiones; mas Pinard, inspirándose en las ideas de Charcot, negó su existencia, y el asunto quedó en la penumbra hasta que el año 1885 Debove publicó un caso tan evidente que, unido á otro de Barie, dió carta de naturaleza á la fiebre nerviosa.

De entonces acá se han publicado muchos trabajos sobre fiebre histérica por Mace, Chauveau, Fabre, Crouset, Boulay, etc.

La fiebre histérica es una manifestación que puede adoptar formas muy extrañas, dando esto origen á multitud de clasificaciones, entre las que cita las de Boulay, que distingue la fiebre nerviosa y los fenómenos histéricos con fiebre; la de Gilles de la Tourette, que admite tres clases, pseudo-

fiebre histérica, fiebre coincidente con manifestaciones histéricas y la acompañada de pseudo-afección visceral; la de Briand, que admite una forma lenta, otra corta y otra intermitente, y la de Huchard, semejante á esta última.

La elevación térmica sigue una marcha caprichosa y es muy variable, alcanzando cifras casi incompatibles con la vida (50°,29); varía de una á otra axila; el pulso y la respiración no suelen seguir la misma marcha que la fiebre; en la orina se encuentra una débil proporción de resíduos fijos, la fórmula de los fosfatos está invertida. El diagnóstico es dificilísimo, y sólo se debe de pensar en este proceso después de haber eliminado todo otro género de manifestaciones morbosas, basándole principalmente en los estigmas histéricos, extravagancia de la curva, falta de adelgazamiento, análisis de la orina é influencia beneficiosa de la sugestión.

Considera lo más probable que la fiebre histérica pueda agruparse en tres modalidades: fiebre histérica unida á manifestaciones histéricas, una fiebre histérica que aparece en las pseudo-enfermedades histéricas, y una hipertermia (dice intencionadamente hipertermia y no fiebre, cosas en verdad distintas) equivalente al ataque histérico. Estos trastornos quizá sean debidos á la independencia de acción entre los centros termógenos corticales y medulares.

La observación que motiva esta comunicación es la siguiente: Un individuo de veintisiete años, soltero y comerciante, sin antecedentes hereditarios ni individuales de importancia, ingresó el día 3 de noviembre en la sala 30 del Hospital General. La enfermedad había empezado quince días antes por una fiebre cotidiana que aparecía á las diez de la noche para desaparecer á la madrugada; no se presentaban ni escalofríos ni sudores. Hecha la exploración, nada se encontró anormal en los aparatos circulatorio, respiratorio ni génito-urinario; en el aparato digestivo, sensación de bolo histérico; el análisis de la orina no dió resultado alguno, verdad es que no se investigó la fórmula de los fosfatos; en el sistema nervioso, estigmas de degeneración é histéricos; bóveda palatina ojival, abolición del reflejo faríngeo, placas anestésicas en brazos y piernas y una zona de hiperestesias en el epigastrio. Observado durante la noche, se vió que efectivamente ascendía la temperatura (igual en ambas axilas), aumentaba el pulso y la respiración; no había simulación.

Pensando se trataba de un fenómeno histérico, el Dr. Codina instituyó un tratamiento sugestivo, tres gotas de un medicamento (agua destilada con una pequeñísima cantidad de quinina para darle sabor) *extraordinariamente* activo y venenoso, después de cenar. La misma noche de tomar el medicamento la temperatura fué de 36°,8, siendo así que en las noches anteriores era de 38 á 38°,2. Un día en que por descuido tomó cuatro gotas, la curva alcanzó 37°,4. Pero como aún persistiese la sensación de bolo histérico, se le prescribieron seis gotas por la mañana, desapareciendo totalmente ese síntoma.

Se le dió el alta el día 15 de noviembre completamente curado.

El caso es interesante por lo moderado de la hipertermia y el excelente resultado del tratamiento sugestivo. Cree se trata de una hipertermia histérica equivalente de un estado de mal histérico.

El Dr. Salas Vaca: Si en la mayoría de las fiebres hay que admitir una puerta de entrada, existen casos en que sin ella preséntansen los fenómenos que caracterizan la fiebre. Y es que puede ser que existan microbios aún desconocidos que las produzcan: no hay que olvidar que la serie de reacciones orgánicas complejísimas pueden ocasionar la hipertermia, sin que haya que pensar en microbios. Se ha pensado que el proceso febril es una actividad de defensa, él cree que la fiebre es la actividad potencial de la energía circulante.

Hace un estudio completísimo de a patogenia de la fiebre, y después de poner de manifiesto cómo los enfermos responden á la fiebre (puesto que hay tuberculosos con gran desgaste orgánico que poseen una fiebre de 39°, y en cambio, en la gripe hay gran abatimiento con esta cifra térmica). Admite la existencia de la fiebre de causa nerviosa, y cita varios casos de su práctica particular, en los cuales era evidentemente producida la hipertermia por alteraciones nerviosas.

El Dr. Yagüe: No voy á combatir la fiebre histérica como especie patológica, sino á hacer algunas observaciones al caso presentado por el doctor Juarros, que no nos parece completamente convincente, puesto que de las características que él mismo ha señalado no tiene su enfermo la irregularidad en la aparición de la fiebre, las disociaciones entre las temperaturas de un lado y otro, ó entre la axilar y rectal, y sí sólo la de haber curado por sugestión, con el empleo de una solución, aunque débil, del medicamento más indicado.

Y hace más dudoso el caso la falta de investigaciones completas analíticas y microbiológicas de orina y microbiológicas de heces y sangre, puesto que son tan frecuentes estados febriles semejantes con causa desconocida, que de ahí ha venido la creación, para disminuirlas, por los alemanes, de un grupo de pirexias con el nombre de criptogénicas (septicemias de causa desconocida), que explican no pocas de ellas, siéndolo otras por causas menos bien conocidas, entre las cuales son frecuentes las bacterianas y septicémicas, de las que van siendo clínicamente intentados la filiación y estudios.

Y á tal punto es compleja la materia, que Bozolo, de Turín, en un trabajo muy completo acerca de las fiebres de causa desconocida, las divide en tres grupos (en uno de los cuales menciona la fiebre nerviosa y la histérica), en uno de los cuales no ha sido posible determinar la causa con observación completa y autopsia y otras de simple observación, siendo múltiples los grupos conocidos. Así, pues, sin pretender quitar valor á la observación del Dr. Juarros, hemos de confesar que por las razones expuestas no nos ha parecido todo lo categórica y concluyente que para nuestro convencimiento deseábamos.

El Dr. G. Mansilla: Manifiesta su opinión favorable á la existencia de la fiebre histérica, siendo indiferente que reciba este nombre ó el de hipertermia histérica. Cree que pudiendo el histerismo revestir toda clase de enfermedades orgánicas, y existiendo en él manifestaciones tan variadas, debidas á la excesiva actividad funcional ó á la debilidad de los diversos centros nerviosos, no hay motivo para negar la exagerada funcionalidad de los centros termógenos y por tanto el aumento de la temperatura orgánica.

Cita además dos casos de fiebre histérica, observados por él hace muchos años.

El primer caso, ya publicado en la *Revista Clínica de los Hospitales* (mayo de 1889), era un hombre de cuarenta y seis años, con multitud de manifestaciones histéricas, entre las cuales sobresalen la hemianestesia, el bolo histérico, los ataque convulsivos y las parálisis vasomotoras.

En este individuo se presentaban, sin orden alguno, unas veces cada semana, otras cada dos días, otras cada mes, sobre todo, cuando tenía algún disgusto, ciertos accesos febriles que empezaban por escalofrío violento por la tarde; subía la temperatura á 40°,5 y desaparecía por la mañana por medio de sudores.

Este enfermo no sufría paludismo ni había afección alguna á que poder atribuir la fiebre, como no fuera al histerismo, ni en los muchos reconocimientos que de él hicimos pudimos nunca encontrar infección alguna, ni otra causa á que poderla atribuir.

El segundo caso se refiere á una señora histérica en alto grado, en la que dominaban las neuralgias, los accesos convulsivos, la ambliopía, etc. Se le presentó una fiebre que le duró cinco meses, durante cuyo largo tiempo el termómetro se elevaba á 40°,5 y otras descendía á 38, pero rara vez á la normal. No obstante esta fiebre, la enferma se alimentaba bien, hacía buenas digestiones, dormía suficientes horas y no se demacraba.

Se reconocieron todos los órganos y no se encontró afección alguna á que poder referir dicha fiebre continua. Las medicaciones antitérmicas que se usaron, todas fracasaron, y la fiebre desapareció cuando aparecieron otras manifestaciones histéricas, especialmente las convulsiones.

En resumen, creemos que existe la fiebre histérica como una de tantas manifestaciones del histerismo; antes de diagnosticarla en cada caso particular, es menester que excluyamos todas las muchas causas que pueden engendrar la elevación de la temperatura.

El Dr. Juarros: Después de dar las gracias á los señores que han intervenido en el debate, pasa á contestar á cada uno en particular. Los casos relatados por el Dr. Salas no son de fiebre histérica. Respecto á las objeciones del Dr. Yagüe, preciso es reconocer que carecen de fundamento, pues si no se hicieron siembras fué porque alejaba toda duda la existencia de estigmas histéricos y el feliz resultado de la sugestión. Además de aceptar esa opinión, resultaría inexplicable que la infección cesase por sugestión y que sólo produjese hipertermia y no fiebre. El caso del doctor Mansilla es interesante y acaso pueda incluirse entre los citados por Openhein, en que la temperatura se eleva por cualquiera impresión moral; resultando de la intervención de todos estos señores en el debate, la conclusión de que la fiebre histérica en el presente, casi es indudable, si bien con la distinción previa entre hipertermia y fiebre.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 7 de Febrero de 1906.

Estudios clínicos de peritonitis tuberculosa, por el Dr. García de Arias. — Señores: El trabajo de que os voy á dar conocimiento es, por su extensión, más propio de una monografía, pero antes de darle á la publicidad, quiero someterlo á vuestra consideración y crítica, siquiera sea lo más extractado posible, con el fin de conocer opiniones, y si existe contraste y de él resulta algo útil para la ciencia, tanto mejor, pues eso de útil y provechoso llevará mi trabajo.

Este se compone de cuatro capítulos: en el primero, expondré los casos que he visto y tratado; en el segundo, consideraciones sobre el diagnóstico; en el tercero, hablaré sobre el tratamiento, y en el cuarto y último, de patogenia.

La primera historia es de una enferma de unos veintiocho años, multípara y cigarrera de profesión; al reconocerla en el Consultorio público del Instituto Rubio, me encontré que su peritoneo estaba engrosado, duro y desigual, adoptando una disposición análoga á la de los tumores en placa ó al de las infiltraciones del tejido conjuntivo inflamado; esta placa ocupaba desde un poco por encima del ombligo hasta el espacio de Retzius: su aparato genital nada de particular ofreció á la exploración, el vientre no estaba aumentado de volumen y sí doloroso á la presión.

Este raro y para mí entonces nuevo cuadro de signos físicos, me hicieron pensar, reconocerla repetidas veces, y bien convencido de que no existía ningún tumor ni en el útero ni en sus anejos, por analogía con otro caso muy semejante, formulé el mismo diagnóstico y el mismo tratamiento. El diagnóstico fué de peritonitis post puerperal de agente desconocido, aunque su último parto databa de dos años: la aconsejé quietud absoluta, dieta líquida, fomentos calientes en el abdomen, y que volviese á los quince días. Vista de nuevo, no se apreció mejoría alguna en su estado local como tampoco en los meses siguientes; en los dos últimos, de los siete que la estuve viendo, me convencí de la existencia de un quiste ovárico, uniocular del lado derecho, del volumen de una cabeza de feto á término y de que persistía la placa descrita. Fué operada, y si bien es cierto que existía el quiste del ovario, coexistía una peritonitis tuberculosa difusa de forma ascítica. Fué dada de alta por curación y la ví durante tres años seguidos, gozando de excelente estado de salud.

La segunda observación corresponde á una joven de diecisiete años, virgen y natural de Tamajón (Guadalajara). De antecedentes, menciona una gran predisposición á los catarros bronquiales, y según informe del Dr. Ledesma, no tiene lesión alguna en su aparato respiratorio. Tiene menstruación desde los quince años, y siempre irregular y escasa, aunque sin dolores.

Su vientre era desigual en su superficie, más prominente en el lado derecho de la región hipogástrica que en el izquierdo: la palpación metódica superficial y profunda revelaba dos cosas; que el peritoneo parietal estaba

engrosado, aunque sin rugosidades ni lobulaciones duras, no existía ningún tumor de la pared, ni de la cavidad abdominal, susceptible de apreciarse por su posición y volumen; por la percusión se observaba un fenómeno curioso, que la relación de las zonas de macidez, submacidez y sonoridad, cambiaban profundamente, reconociéndola á distintas horas del día, y también si se la exploraba antes y después de una comida fuerte; además existía líquido libre en el abdomen, no en gran cantidad, y que se absorbió bastante en los días anteriores al de la operación. Por el tacto vaginal solo y combinado, se notaba á la derecha del útero un tumor irregular y blando, poco sensible á la presión; al lado izquierdo, un cordón grueso, duro y que, partiendo desde el fondo y cuerno izquierdo del útero, se encorvaba y descendía como el del lado opuesto, hacia el fondo de Douglas, inmovilizando entre ambas tumoraciones la matriz, que se hallaba en anteversión pronunciada.

Mi diagnóstico fué de salpingo-ovaritis tuberculosa primitiva y bilateral; peritonitis tuberculosa de forma ascítica secundaria. La operación practicada por el Dr. Gutiérrez confirmó mi diagnóstico, y fué dada de alta veintiún días después, y dos años más tarde continuaba en perfecto estado de salud.

La tercera observación corresponde á una señora de veintiséis años, casada, nulípara, que empezó á reglar á los trece años con regularidad, abundancia y sin dolores. Su padre falleció á los sesenta y siete años de hemorragia cerebral, y su madre á los cuarenta y ocho de un cáncer del estómago. Desde los veintitrés años comenzó á sentirse indispuesta, desmejorando notablemente, sus digestiones eran perezosas y aparecieron infartos ganglionares en el cuello: en noviembre de 1899, los síntomas anteriores se exacerbaron y el vientre comenzó á abultarse, sintió fiebre por la tarde, y por las noches, sudores profusos de la mitad superior del cuerpo. El día 10 del mes siguiente fué acometida de un vivo dolor en la región epigástrica, el vientre crecía con rapidez, las fiebres eran más altas y la respiración disnéica. El día 24 la examiné, comprobando las molestias descritas, su peritoneo se herniaba á través del anillo crural derecho y las presiones exacerbaban el dolor que de continuo sentía en el vientre. No se podía recoger por el tacto vaginal ni por el vagino-abdominal ningún dato, por la gran cantidad de exudado peritoneal: útero pequeño y en anteversión forzada. La enferma estaba gravísima: pulso imperceptible, disnea, y temperatura de 38 á 39 grados por la mañana, y de 40 á 41 por la tarde.

Mi diagnóstico fué de peritonitis tuberculosa de forma ascítica, y su tratamiento era quirúrgico y su pronóstico muy grave.

La operé el día 27, mediante anestesia local, siendo mi diagnóstico confirmado; fué dada de alta tres meses más tarde y en un estado muy satisfactorio, que duró trece meses, al cabo de los cuales volvieron á presentarse los mismos síntomas, aunque más atenuados, incluso el exudado peritoneal.

El 8 de abril del mismo año practiqué la segunda laparotomía, y el 15 de mayo fué alta por curación.

He operado á esta enferma en dos fases distintas de su padecimiento; la primera vez, quizás entre los cuarenta y cincuenta días siguientes á la in-

vasión tuberculosa del peritoneo (forma aguda) y la segunda, cuando los tubérculos, siguiendo la evolución fibrosa, tendían á la curación esclerosando os tejidos donde tanto daño habían causado al implantarse.

Desde la fecha en que se le practicó la segunda operación hasta el día (cuatro años y ocho meses), la enferma en cuestión goza de salud.

Cuarta observación. T. P., de veintisiete años, falleció su madre del corazón á los sesenta y dos años, y su padre, de reumatismo, á los cuarenta y dos. Han muerto de tuberculosis pulmonar un hermano, una tía y un primo. Ha tenido esta enferma varios partos, todos buenos, á excepción del último que, hace dos años, la obligó á permanecer en cama diecinueve días á causa de un fuerte enfriamiento con vómitos y diarrea.

En octubre de 1899, la paciente se da cuenta de gran inapetencia y enflaquecimiento; poco tiempo después, el vientre se abulta, siente escalofríos, sudores y fiebre, que oscilaba entre 37°,5 y 38°, mucho cansancio y frecuencia de las micciones. El 26 de mayo de 1900 ingresó en el Instituto Rubio, donde la examiné cuidadosamente é hice el diagnóstico de salpingo-ovaritis tuberculosa con peritonitis difusa secundaria de forma ascítica.

La operé el día 6 de junio, practicando la laparotomía, dando salida al líquido ascítico, destruyendo una adherencia íntima del gran epiplón con el tercio inferior del peritoneo parietal y terminando con una salpingo-oforectomía bilateral y lavado de los intestinos y peritoneo con suero Tavel.

Ya en su casa de Zaragoza, el médico encargado de su asistencia se vió obligado á practicar la paracentesis ocho veces en los siete meses siguientes á la operación, habiendo sido durante este tiempo su estado un tanto alarmante por su abundante diarrea y gran número de vómitos. Un año entero sufrió de repetidos abscesos en las paredes del vientre, y en julio de 1902, una pleuresía, que curó mediante una toracentesis y los solícitos cuidados del Dr. Agustín García Julián, de Zaragoza. En la actualidad su estado es inmejorable, como lo prueba la siguiente observacion: antes de estar enferma pesaba 72 kilogramos, á su salida del Instituto 40 kilogramos, y hoy pesa 71 kilogramos y medio.

Quinta observación. L. G. A., de treinta y cinco años, casada, natural de Villamayor (Ciudad Real) y sin antecedentes hereditarios dignos de mención: bien reglada desde los dieciséis años, tuvo un aborto á los seis meses de casada, expulsando dos fetos; ha tenido después varios partos normales, siendo el último el 15 de mayo de 1903.

En noviembre de 1904 comenzó á quejarse de vómitos, diarrea, enflaquecimiento general y aumento de volumen del vientre, que hizo sospechar el embarazo, pero desecharon la suposición ante la persistencia de las reglas: en su aparato respiratorio, nada de particular, y en el urinario, solamente la micción dolorosa.

Reconocida por mí el 19 de abril de 1905, formulé el diagnóstico de salpingo-ovaritis doble tuberculosa y ascitis secundaria; operada el 21, salió con alta por curación el día 17 de mayo, siendo en la actualidad su estado muy satisfactorio.

Sexta observación. M. G. A., de cuarenta y uno años de edad. Sin antecedentes hereditarios, únicamente el de su hermaua, que fué operada por mí y es la de la historia leída anteriormente.

Ha padecido pocas enfermedades, y sólo refiere que cuando contaba treinta años, tuvo vómitos acuosos y filamentosos, y después, dolores en la región del hipocondrio derecho.

Regla desde los diecisiete años y siempre con escasez. Multípara. La enfermedad actual databa de cinco meses, empezó con fiebre, dolor en las piernas, piés, antebrazos y manos, y edema de los piés: duraron estos síntomas catorce ó quince días, después de los cuales comenzó á sentir dolores en el vientre y riñones, inapetencia, náuseas, diarrea y que el vientre se abultaba.

El útero estaba en retroversión, los anejos sanos, pero casi atrofiados; hice el diagnóstico de peritonitis tuberculosa de forma ascítica, y practiqué la laparatomía el día 19 de diciembre de 1905, siendo dada de alta por curación el 8 de enero del corriente año.

El Secretario de actas,
DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Hemorragias periódicas en una centenaria. — El siguiente interesante caso ha sido publicado en *La Medicina Valenciana* por el Dr. Enrique Brines:

«T. H., venerable anciana que cumplió ciento y un años en el pasado mes de octubre, comenzó á dar manifestaciones de su vida genital á los quince años, y prontamente se apercibió de que todos los meses, á la vez que el flujo catamenial, existía también pérdida de sangre por un pequeño abultamiento que entonces aparecía en un punto próximo á la tuberosidad isquiática izquierda.

De este modo se iban repitiendo paralelamente la hemorragia y el período menstrual, presentándose éste todos los meses con notable regularidad.

Contrajo matrimonio á los treinta y dos años; durante los embarazos, á la vez que se suprimía el flujo menstrual, desaparecía también la hemorragia satélite; ocho han sido sus embarazos, dos de ellos malogrados, siendo el resultado del sexto una niña que en el momento de nacer ostentaba ya cuatro muelas en su boca.

Tras del octavo parto quedó amenorréica, continuándose este estado con la menopausia, sin que en lo sucesivo haya presentado ya ninguna clase de flujo uterino.

Sin embargo, reapareció la otra hemorragia prontamente, y hasta la fecha la buena señora ha continuado experimentando pérdidas sanguíneas todos los meses con regularidad pasmosa.

Pudo soportar holgadamente la lactancia de todos sus hijos, y no recuerda haber padecido ninguna enfermedad, exceptuando en una ocasión el paludismo.

Su ocupación habitual ha sido las labores domésticas; nunca ha hecho uso de bebidas alcohólicas, predominando en cambio su afición á los dulces.

Su característica ha sido siempre el buen humor, aun en la actualidad,

como lo demuestra el hecho de haber bailado el día de la pasada fiesta de Reyes.

El día 14 del pasado mes de enero, á medio día, bromista como siempre, y estando proyectando pelotas de papel con su hija é hijo político, sufrió un brusco ataque con pérdida del conocimiento, que duró una media hora, y tras de él pudo apreciarse que las extremidades superior é inferior izquierdas estaban paralizadas.

En esta situación fuí llamado con urgencia para asistirla, enterándome en la primera y sucesivas visitas de los datos que acabo de exponer, pues la enferma conserva relativa lucidez intelectual, y la familia comprueba y amplía la relación de la anciana.

Los fenómenos paralíticos han ido disminuyendo: la extremidad inferior izquierda se mueve algo, y aunque no puede mover el brazo, puede abrir y cerrar la mano cuando se la invita á ello; la locución ha sido siempre fácil desde mi primera observación.

Su última *regla* tuvo lugar á primeros de mes, siendo muy abundante la de tres meses atrás, aunque sin traspasar los límites del período de una mujer en plena vida genital; algunas veces refiere su hija que ha sido escaso el flujo, limitándose á algunas manchas, pero de aspecto idéntico al de la sangre menstrual; nunca se ha apreciado salida de pus ni de ninguna otra clase de líquido ni sólido.

El punto por donde fluye la sangre está situado al nivel de una perpendicular levantada al rafe perineal, pasando por la tuberosidad isquiática izquierda, á un centímetro antes de llegar á ella.

Actualmente no he podido apreciar en dicho punto engrosamiento de la piel ni induración de los tejidos profundos; la piel aparece normal, y sólo en dicho punto se observa una coloración gris obscura redondeada y de un centímetro de diámetro, en cuyo centro existe una pequeña costra que indudablemente sirve de obturador del orificio por donde todos los meses se escapa la sangre. Se me dice que cada vez que esto acontece, dicho punto se abulta y engruesa, formando una tumoración del tamaño de una nuez pequeña.

Si la anciana no muere por ahora, á primeros del próximo mes vigilaremos la probable presentación de dicha pérdida sanguínea y se podrán hacer exploraciomes más minuciosas, tactos rectal y vaginal, introducción de un estilete ó sonda por el orificio, etc., todo ello si la enferma lo permite, pues opuso bastante resistencia á dejarse observar una sola vez.

Por el momento, los comentarios y razonamientos que pudieran hacerse están faltos de base, por carecer de los datos de observación necesarios para apoyarlos».

Crup morbilose.—Copiamos el siguiente trabajo publicado en *La Clínica Moderna* por el Dr. Borobio:

«Desde Trousseau son ya conocidas las laringitis agudas que complican á veces el curso del sarampión, y agravan su pronóstico, porque ellas mismas le tienen muy sombrío; terminan con la vida del enfermito por asfixia, tal y como la produce el verdadero crup, el crup diftérico puro, de bacilo de Lœffler.

Todos los pediatras hacen expresa mención de estas laringitis morbilo-

sas, y dan como nota característica de ellas su extrema gravedad, su síndrome clínico de crup, y la necesidad de tratarlas por el entubamiento ó la traqueotomía.

Mi docto colega el Dr. Martínez Vargas, de Barcelona, honra de la Pediatría española, ha publicado en su excelente revista *La Medicina de los niños* (junio y julio de 1904) un completo y muy documentado estudio de lo que él llama, con buen españolismo, *garrotillo sarampionoso puro*, con motivo de un caso observado por él en un niño de dos años. Quien apetezca conocer datos históricos y bibliográficos, puede consultar con fruto aquel artículo.

De mi práctica he reunido cinco observaciones propias de crup morbiloso, ó garrotillo sarampionoso, y una de crup escarlatinoso que, á mi juicio, es idéntico al primero: todos ellos murieron.

Como se ve, mi estadística, pequeña, pero funesta, confirma la enorme gravedad que los autores atribuyen al crup morbiloso; la única nota favorable es que se trata de una complicación muy rara, al menos llegada al extremo de constituir un cuadro crupal.

Las laringitis morbilosas, y aun las de forma espasmódica, ó falso crup, son cosa corriente en el sarampión; pero la mayor parte de las veces, no tienen otra categoría que la de síntomas más ó menos graves, pero nunca amenazadores, de la enfermedad principal.

Pero cuando los síntomas laríngeos se hacen más intensos, cuando la estenosis laríngea es evidente por la tos, la afonía, la disnea continua, el ruído serrático, el tiro, entonces nos hallamos enfrente de un crup morbiloso, de un verdadero garrotillo sarampionoso, complicación de la enfermedad principal, porque, á los peligros de la infección, se suma la amenaza de la asfixia y el pronóstico se agrava.

Mejor llamado está crup, que laringitis sarampionosa ó morbilosa, porque el crup se considera y define como un síndrome clínico de procesos laríngeos varios; como un conjunto de síntomas que indican estenosis laríngea, amenaza de asfixia, cualquiera que sea la lesión que en aquella laringe tiene lugar; exudados, membranas, edema, ulceración y sin distinguir el germen microbiano patógeno. Hay un crup tipo, el diftérico; pero hay crups no diftéricos: estreptocócico, estafilocócico, morbiloso, escarlatinoso.

La patogenia del crup morbiloso no está aún bien dilucidada. El germen mismo del sarampión no es conocido. Las complicaciones de esta eruptiva son debidas á gérmenes banales. El bacilo de Lœffler puede causar en el sarampión verdaderos crups diftéricos. Parece, no obstante, que casi todos los crups morbilosos son ajenos á la difteria, porque el ensayo de siembras practicado en muchos casos no ha dado el Lœffler. Se trata, pues, muy probablemente, de crup morbiloso que debe calificarse de primitivo.

El crup morbiloso puede sobrevenir antes de la erupción, *presarampionoso*, á la vez que la erupción, ó en la convalecencia, *postsarampionosos*. No tiene gran importancia clínica la cuestión de momento. Mis cinco casos han sido de crup postsarampionoso.

Los síntomas que deben llamar la atención del médico y ponerle muy en guardia, son la tos crupal, ronca, casi afónica, la ronquera de la voz, que

llega hasta la afonía, y *sobre todo*, la disnea continua y progresiva, la respiración áspera, ruda, ruidosa, serrática, el tiro, ó *tirage* de los franceses, supra é infra-esternal. No digo nada si aparece la cianosis, el enfriamiento, la anestesia, el sopor, que indican la asfixia y la muerte próxima.

El carácter culminante del crup morbiloso es su pronóstico, casi siempre mortal, *aun á pesar del entubamiento*. Mis seis enfermos, cinco de ellos intubados, han muerto en pocas horas. El crup morbiloso es más grave que el diftérico: el entubamiento es en él ineficaz. ¿Por qué? Sin duda alguna porque no se trata de una lesión exclusivamente local de la laringe. Hay algo más allá del punto de la estenosis; hay bronconeumonía, ó por lo menos lesiones hondas del aparato respiratorio. La prueba es que, colocado el tubo, la disnea no desaparece, y los niños vienen á morir por asfixia, lo mismo que si no se les hubiera entubado. Hay la acción general de la infección sarampionosa sobre el aparato respiratorio, sobre el corazón, sobre los centros nerviosos: toxinas que alteran á la vez y rápidamente todas las células orgánicas, haciéndolas inhábiles para resistir el menor embate. Por eso los entubados mueren pronto; mi primer enfermito murió instantáneamente, quizá por síncope; los otros cuatro murieron con el cuadro de la asfixia, es decir, por el aparato respiratorio; el de crup escarlatinoso por infección general y asfixia.

La razón de la ineficacia del entubamiento está en lo mismo que explica la muerte por el crup morbiloso. Si el hecho mecánico de la estenosis laríngea no es lo principal, no puede ser curativo un recurso que se dirige sólo contra este hecho. A pesar de ello, el entubamiento debe hacerse, como caso de conciencia profesional, á todo niño que sufra de crup sarampionoso». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 30 de Enero de 1906.

Mortalidad tuberculosa en Francia y en Alemania.—El Dr. KELSCH: El debate iniciado por los Dres. Robin y Brouardel, demuestra una vez más cuán versátiles son las enseñanzas de la estadística y con qué prudencia es necesario manejarla para no ser inducido á falsas conclusiones. La tuberculosis es precisamente una de esas enfermedades en que el método numérico se burla de nuestros mejores y más bien dirigidos esfuerzos. Para convenceros voy á citar en testimonio los informes sanitarios de los ejércitos, los cuales merecen más confianza que los otros, puesto que comprenden, no

sólo los muertos, sino los enfermos, cuya cifra es decisiva en este sentido. La frecuencia de una enfermedad se deduce de la morbilidad y no de la mortalidad, puesto que así están libres de los errores que introducen las omisiones voluntarias ó involuntarias de la declaración obligatoria, puesto que cuentan las invasiones y las defunciones con una precisión matemática, imponiendo á cada unidad su calificación sin otro interés que el de la verdad, puesto que, en fin, se marcan con un sistema de información que funciona con el rigor de todas las instrucciones militares. Con las cifras de que dispongo se demuestra que, á pesar de dicho rigor, el interés de la exactitud, secundario en la información y en la utilización de sus resultados, la estadística es incapaz de decirnos cuantos tuberculosos hay en el ejército, y esto es tan cierto para los ejércitos extranjeros como para el nuestro. La causa hállase en las dificultades irreductibles que son inherentes al mismo sujeto y que se refieren á la imposibilidad de reconocer en toda circunstancia la afección tuberculosa, aunque, para conseguirlo, disponga la nosografía clínica de medios de un indiscutible poder.

Este estado de cosas falsea nuestras nomenclaturas, imponiendo á su línea directriz la dualidad del principio de división. Aquí es el principio etiológico (tuberculosis) y allí el principio anatomoclínico: pleuresía, bronquitis crónica, adenitis, hemoptisis, etc. No hay enfermedad que sea más desmembrada que la tuberculosis; sus ramas son separadas y dispersas en capítulos diversos de nuestras nomenclaturas y disimuladas bajo epígrafes distintos, detrás de los cuales se la adivina sin poder determinar su importancia numérica respectiva. Si tales dificultades para hacer una estadística tuberculosa se encuentran en la colectividad militar, ¿qué no ocurrirá en la población civil? Una sola cosa es cierta: las cifras que se conocen están por debajo de la realidad. Además añadiré, que no puede compararse el medio militar alemán con el medio militar francés, teniendo en cuenta, que el contingente alemán se purifica, por decirlo así, á chorro continuo, desde su incorporación, y ofrece á la estadística una población de las más selectas.

El Dr. Landouzy: Es indudable que la morbilidad y la mortalidad tuberculosas en Francia son muy superiores á las cifras suministradas por la estadística, y que es imposible, con los elementos de que se dispone actualmente, hacer el balance de esta enfermedad. Nuestros vecinos hállanse, por lo demás, en la misma situación. Nuestra estadística peca de la falta de base por la forma en que se hacen las declaraciones de las causas de la defunción. ¡En París, y en 1904, 27'9 por 100 de los muertos han sido indicados como de causa desconocida ó mal definida!; y lo mismo ocurre en el resto del país. De una investigación que hemos hecho cerca de nuestros colegas, resulta que, en la mitad del país, la tuberculosis crece incesantemente, que en un tercio está estacionaria, y que en el resto está en resolución ó es desconocida. En todo caso, gana terreno en las poblaciones rurales, ora porque sea importada por el soldado licenciado, ora por el obrero que se contaminó en la ciudad; se desarrolla paralelamente con el alcoholismo y con la extensión de la industria. La tuberculosis, pues, está en progresión por todas partes. Si se quiere que la estadística pueda dar enseñanzas útiles, es indispensable remover totalmente la nomenclatura y

dar instrucciones para obtener una declaración más exacta de las causas de defunción.

El Dr. Chauffard: Estamos todos de acuerdo para reconocer las imperfecciones de la estadística, que no es, por lo demás, un fin, sino simplemente un medio para llegar á precisar las condiciones sociales, en las cuales evoluciona la tuberculosis. De este modo se han llegado á señalar casas que son focos de tuberculosis. He tenido en mi enfermería una mujer llegada al último período de esta enfermedad; durante veinte años había ocupado, como portera, una habitación donde su marido y todos sus hijos habían muerto de diferentes formas de tuberculosis, sin que nunca se hubiese hecho la menor tentativa de desinfección. Semejantes hechos son crímenes sociales, y debemos impedir que se cometan. Si la ley aún no los condena, los tribunales, sin embargo, tratan de remediarlo. Ultimamente, habiendo muerto de tuberculosis una persona en un hotel de París, el dueño hizo desinfectar la habitación y pidió á los herederos que pagaran esta operación. Estos se negaron, arguyendo que la tuberculosis no figuraba en la lista de las enfermedades cuya declaración es obligatoria; pero el tribunal les condenó.

En 1903 la Academia, cediendo á cuestiones de sentimiento, retrocedió ante la obligación de declarar la tuberculosis; hoy creo que ella debe avanzar sin miedo, y por ello pido que la cuestión sustentada por el Dr. Robin sea extendida y propongo que después de toda defunción por tuberculosis la desinfección sea obligatoria.

El Dr. Robin: Todos estamos de acuerdo en reconocer que la estadística es impotente para darnos una cifra exacta de la frecuencia de la tuberculosis. Pero no es desde el punto de vista del valor absoluto de la estadística en el que yo me he colocado, sino desde el punto de vista comparativo. Trataba yo de demostrar dos cosas: la primera es que la ventaja indicada en favor de Alemania no existía en realidad; y la segunda es que los medios á los cuales se atribuye la disminución de la tuberculosis entre nuestros vecinos no intervenían para nada en esta cuestión. Es cierto que existen lagunas en las cifras que representan la tuberculosis, pero yo no sé de dónde proceden; especialmente la cifra de las bronquitis crónicas y la de las enfermedades de causa desconocida ó mal definidas, tiene tendencia á decrecer, al mismo tiempo que el número de las tuberculosis ha disminuído; por lo tanto, no es aquí donde se ocultan las tuberculosis. En todo caso, la declaración de esta enfermedad se impone, lo propio que la desinfección después de la muerte.

El Dr. Vallin: En la estadística inglesa todos los casos de tuberculosis los designan con el nombre de tisis: es un ejemplo de las dificultades con que se tropieza cuando se quieren comparar varias estadísticas. Por esta razón, convendría que la Academia manifestara que, en las estadísticas internacionales, la tuberculosis se clasificara según las grandes regiones anatómicas: tuberculosis del pecho, del abdomen, etc., lo cual es lo que, por lo demás, se hace en la estadística de París. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 8 de Febrero de 1906.

Cirugía de las vías biliares. — El Dr. *Lejars* dijo que los oradores precedentes se habían ocupado de preferencia de los diversos modos de exploración y de desagüe de las vías biliares, sobre todo de la duodenotomía exploradora, de la exploración y desagüe de las vías biliares, según el método de Kehr, y, por último, de la coledoco-enterostomía.

Esta última operación, según el Dr. Lejars, es detestable y de la que no puede esperarse gran cosa. Respecto á este particular, participa en absoluto de la opinión de los que han practicado dicha operación. Ha tenido ocasión de practicarla hace diez años en un hombre de cincuenta años, muy caquéctico, que presentaba síntomas de oclusión crónica del colédoco; se había diagnosticado cáncer probable de la cabeza del páncreas. El Dr. Lejars, al principiar la operación, pensaba practicar la colecistenterostomía, pero encontró la vesícula tan pequeña, tan adherida y tan difícil de aproximar al intestino, que tuvo precisión de renunciar á su plan operatorio primitivo. En cambio, el colédeco, muy dilatado y movible, podía ponerse fácilmente en contacto con el intestino, y el Dr. Lejars pensó que lo mejor era obtener la derivación de la bilis al intestino en este sitio. La operación fué difícil respecto á las suturas. El enfermo mejoró, al parecer, algo los días siguientes, pero después se agravó y murió á los tres días.

Aunque en este caso la operación se practicó en malas condiciones, cree el Dr. Lejars que la coledoco-enterostomía es, en las obstrucciones completas y definitivas del colédoco, una operación detestable á la que sólo debe recurrirse cuando la colecistenterostomía es imposible.

La cuestión de las obstrucciones del colédoco, del diagnóstico, de su grado y de su naturaleza, de los que depende su terapéutica, condujo naturalmente al Dr. Lejars á abordar el estudio de los modos de exploración de las vías biliares, y ante todo, de la duodenotomía exploradora. Ha practicado esta operación en un caso de oclusión antigua del colédoco, que sospechaba era más bien de origen neoplásico que calculoso. Al practicar la laparotomía se encontró una vesícula pequeña que no contenía cálculos y un colédoco tan rodeado de adherencias, que la exploración era imposible. El páncreas no estaba aumentado de volumen. El Dr. Lejars practicó la duodenotomía, encontrando la ampolla de Vater no comprimida, libre, en la que fué posible introducir una pequeña candelilla de goma, que penetró con dificultad en el colédoco, pero sin tropezar con cálculos. Sospechando entonces que la oclusión del conducto biliar dependía únicamente de las adherencias que le rodeaban, rompió estas adherencias lo mejor posible y cerró después el vientre. El resultado probó la exactitud de esta idea: la circulación del colédoco se restableció, la bilis pasó al intestino, la ictericia desapareció y el enfermo se restableció completamente.

Después se ocupó el Dr. Lejars del método nuevo de exploración y desagüe de las vías biliares, inaugurado por Kehr. Ha sido uno de los prime-

ros que en Francia, en unión de Delagenière, aconsejó emplear este método. De 6 enfermos tratados así, curaron 5.

En todos estos casos se trataba de obstrucción calculosa crónica más ó menos completa de las vías biliares, con cálculos, únicos ó múltiples, localizados en el colédoco y con ó sin litiasis de la vesícula. Los enfermos se hallaban en un estado grave, casi en la caquexia. En todos ellos la incisión amplia de las vías biliares, seguida de la extracción de los cálculos y del desagüe del hepático, completado por la extirpación de la vesícula y del cístico, dió por resultado el restablecimiento rápido de la circulación biliar y la desaparición de los trastornos debidos á la estancación de la bilis.

El Dr. *Tuffier* manifestó que iba á ocuparse de una lesión de las vías biliares, que, aunque poco frecuente, ha observado tres veces. Se trata de núcleos cancerosos localizados en la confluencia de los conductos cístico y hepático. En estos tres casos la lesión se había manifestado por síntomas clínicos, análogos á los del cáncer de la cabeza del páncreas: ictericia progresiva y crónica, debilidad y enflaquecimiento rápidos, etc.; la ictericia era, no obstante, menos marcada, y el aspecto de los excrementos y de la orina indicaba que la obstrucción biliar no era completa.

Al abrir el vientre, encontró el Dr. Tuffier la vesícula biliar aumentada de volumen: en dos casos estaba distendida por moco y en el tercero se hallaba aplastada, vacía, pero era fácil convencerse por su aspecto y sus dimensiones, que había estado llena hasta poco antes (¿retención intermitente?).

En la confluencia del cístico y del hepático existía un tumorcillo del tamaño de una avellana, redondo, duro, del que era difícil decir si estaba formado por un cálculo, por un ganglio infartado ó por un núcleo neoplásico. Por encima de este punto la distensión del conducto hepático era tan grande, que podía confundírsele con la vena porta.

En los tres enfermos hizo el desagüe del conducto hepático al exterior. Los dos primeros murieron; el tercero obtuvo un beneficio grandísimo con la intervención: la temperatura, que antes de la operación era elevadísima (angiocolitis infecciosa), se hizo normal, la ictericia desapareció y el enfermo engordó. Hoy se encuentra tan bien, que rehusa en absoluto someterse á la nueva intervención que se le ha propuesto para extirpar la neoplasia.

Pancreatitis crónica diagnosticada antes de la intervención.— El Dr. *Terrier* refirió el caso siguiente: El enfermo, de treinta y ocho años, principió en enero de 1904 á padecer trastornos gástricos, que iban acompañados de crisis dolorosas, localizadas principalmente á la derecha y por encima del ombligo. Después se presentó ictericia, que fué aumentando, y, por último, debilidad y enflaquecimientos rápidos. En julio de 1905, cuando vió el Dr. Terrier al enfermo, le encontró en un estado rayano con la caquexia. En el epigastrio había un tumor ovalado, transversal, duro, adherido, doloroso, que correspondía casi con exactitud á la cabeza del páncreas. La orina contenía gran cantidad de azúcar y los excrementos fibras musculares mal digeridas y grasa en abundancia en forma de gotitas oleosas.

El Dr. Tuffier confirmó el diagnóstico de pancreatitis crónica de la cabeza con compresión del colédoco, diagnóstico que había hecho ya el profesor Hayem.

La intervención, practicada con gran retraso — el enfermo la había rehusado hasta entonces—puso al descubierto la cabeza del páncreas, convertida en un tumor irregular, abolsado, ovoide, de eje más largo transversal, muy adherido al colédoco, que obstruía por completo. El hígado y las vías biliares nada presentaban de anormal, excepto dilatación enorme por estancación del hepático. Había algunos infartos ganglionares escalonados en el epiplón menor y á lo largo del colédoco. La vesícula no contenía cálculos, pero sí bilis espesa y filamentosa. El cateterismo del cístico era posible, pero la candelilla no penetraba hasta el colédoco. En estas condiciones, el Dr. Tuffier tuvo que renunciar á la idea de una colecistenterostomía, limitando su intervención al desagüe del hepático. El enfermo murió al día siguiente, después de haber tenido vómitos sanguíneos repetidos.

El examen de un fragmento de tejido pancreático extirpado durante la operación, demostró que se trataba de un proceso de cirrosis atrófica de la glándula.

Luxación espontánea de la articulación humerorradial. — El Dr. *Le Dentu* presentó una joven, la que, á consecuencia de una caída sobre el codo, tuvo impotencia funcional completa del antebrazo. Al examen se observó luxación hacia fuera de la articulación humerorradial. Sin embargo, el Dr. Le Dentu cree que esta luxación existía ya antes del traumatismo, al que atribuye la enferma, y que era consecuencia ya antigua de una relajación articular, debida á una parálisis infantil, de la que el miembro en cuestión presenta signos manifiestos. El traumatismo ha acentuado quizá esta luxación, pero la impotencia funcional del miembro que ha provocado es desproporcionada con esta acentuación de la lesión, y sólo debe verse en ella un fenómeno de histerotraumatismo. El Dr. Le Dentu se propone practicar la resección de la cabeza radial.—(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 7 de Febrero de 1906.

Ovariotomía durante el parto.—El Dr. *H. R. Spencer* refirió el caso de una mujer primípara, de veinticuatro años, en la que practicó la ovariotomía durante el parto, que se presentó poco después del octavo mes de la gestación. El quiste ovárico fué punzado tres semanas antes. Al practicar la operación se encontraron adherencias extensas, tanto en la pared abdominal como en las inmediaciones del sitio de la puntura en el epiplón y en la parte superior del quiste. El tumor era un quiste de paredes delgadas del ovario izquierdo. Era multilocular y se había roto en la parte inferior, derramándose el líquido en la cavidad peritoneal. Una hora antes de la operación se habían presentado dolores fuertes de parto. Terminada la operación se encontró el cuello uterino completamente dilatado y la cabeza del feto en la excavación pelviana. Se aplicó el forceps y se extrajo un feto del sexo femenino; pocos minutos después fué extraída la placenta. No hubo he-

morragia *post partum*. La madre y el hijo se encuentran bien, pudiendo encargarse aquélla de la lactancia.

El orador condenó con energía la costumbre de punzar los quistes ováricos, excepto si son indudablemente malignos, ó si la enferma sufre alguna afección pulmonar aguda ó algún padecimiento grave independiente del tumor. Cuando una mujer está de parto y tiene un tumor ovárico voluminoso, se corre el peligro de su ruptura aunque no haya obstrucción pelviana, y estos casos exigen un tratamiento rápido. Puede elegirse uno de los tres medios siguientes: 1.° Dejar que la mujer para por las vías naturales, dilatando el conducto si es necesario, y practicar después la ovariotomía. 2.° Practicar la ovariotomía y abandonar el parto á la naturaleza. 3.° Practicar la ovariotomía al terminar el primer período del parto y extraer el feto con el forceps mientras la enferma sigue sometida á la anestesia. En circunstancias favorables, las dos operaciones pueden practicarse simultáneamente con ventaja.

Cada uno de estos tres métodos es practicable y tiene ventajas especiales en circunstancias particulares: el primero evita los efectos nocivos del anestésico sobre el feto y facilita la ovariotomía y la ligadura del pedículo; el segundo evita los traumatismos de la madre y del feto, tan comunes en los partos instrumentales; en el tercero, del que es un ejemplo el caso citado, la enferma da á luz y es operada encontrándose bajo la influencia del anestésico. La ovariotomía suele ser practicada con asepsia más completa inmediatamente antes del parto, y el peligro de ruptura del quiste voluminoso, durante los dolores expulsivos, es mucho menor.

Radiografía del feto en el útero.—El Dr. *Heywood Smith* presentó una radiografía, tomada á las treinta y seis semanas de la gestación. Cree que estas fotografías son de gran utilidad para conocer la presencia de gemelos, las variedades de presentación y cualquier deformidad pelviana.

Corion-epitelioma.—El Dr. *J. Phillips* presentó un ejemplar extirpado por histerectomía vaginal á una mujer de veintiún años, la que tuvo, durante tres meses, metrorragia recurrente después de expulsar una mola hidatidiforme. Al practicar la exploración digital del útero, se descubrió en la parte más elevada de su pared posterior una tumefacción aplastada y blanduja del tamaño de un haba. Se extrajo un trozo pequeño para su examen, y éste demostró que se trataba de un corion-epitelioma. Durante los primeros quince días consecutivos á la operación, la enferma tuvo algo de fiebre, pero curó al fin y sigue bien desde hace un año.

El Dr. *Cullingworth* manifestó que convendría saber cómo se encuentra esta enferma al año y medio de operada.

El Dr. *Malcolm* dijo, que una enferma que ha visto en unión de los doctores Cuthbert, Lockyer y H. Bell, vive y se encuentra bien cuatro años y siete meses después de la operación.—(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 26 de Enero de 1906.

Absceso esplénico de origen tífico.—El Dr. *Luis Kirchmayer* presenta una muchacha de veintiséis años, á la que se le ha extirpado un absceso del bazo consecutivo á una fiebre tifoidea. La enferma contrajo esta última enfermedad en septiembre último; en noviembre se presentaron recargos febriles de curso irregular; la macicez esplénica estaba aumentada. Dos punciones practicadas en esta región dieron salida á pus. Después de resecar un trozo de unos 10 centímetros de las costillas 10 y 11, se puso el bazo al descubierto, encontrándose inmediatamente por debajo de la superficie de la víscera un absceso del tamaño de un huevo de gallina, absceso que contenía un pus mucoso con gran cantidad de bacilos tíficos.

Esterilización del catgut.—El Dr. *Rodolfo Frank*, recomienda para esterilizar el catgut, dejarlo, durante dos días, en una disolución concentrada de formalina, hervirlo luego con agua por espacio de veinticinco minutos y colocarlo después en alcohol.

El Dr. *Julio Schnitzler* dice que es un método de esterilización que se ha acreditado. Añade que, desde hace poco tiempo, viene empleando catgut yodado, que por el yodo que contiene, obra además como disinfectante en la intimidad de los tejidos; verdad es que su preparación exige mucho tiempo.

Patogenia de la tuberculosis de los vértices pulmonares.—El Dr. Luis Hofbauer: Así como en un principio, por seguir una bacteriología demasiado ortodoxa, no se quería reconocer ninguna importancia á la predisposición de ciertos tejidos á contraer la tuberculosis, se comenzó á pensar andando el tiempo, y para buscar una explicación, que siempre es difícil encontrar, al hecho de que los bacilos tuberculosos se fijen de preferencia en los vértices pulmonares, en que deben influir en este hecho particularidades anatómicas determinadas. Se creyó que la disposición especial de los bronquios, ó, en su caso, un mecanismo especial de la respiración en los vértices pulmonares, podrían acaso explicar por qué los bacilos tuberculosos llegan con más facilidad á dichos puntos, ó, en su caso, son expulsados con más dificultad de estos sitios. A pesar de que más tarde se adquirió la convicción de que los bacilos tuberculosos no penetran en el tejido pulmonar por la vía aérea, como no se demostró la intervención de ningún otro factor, no se pudo prescindir por completo de dichas ideas. Algunos autores, como Rindfleisch, atribuyen la predisposición de los vértices á contraer la tuberculosis al menor riego sanguíneo de estas partes, cuya causa sería debida á que la sangre, para llegar desde el corazón al vértice pulmonar, tiene que luchar con la fuerza de la gravedad. Este riego sanguíneo deficiente, sería causa de una menor resistencia de los tejidos respecto á la infección.

Semejante hipótesis hay que desecharla recordando lo que acontece en los animales que andan erguidos, tales como el mono, el kanguro y la girafa. Estos animales se hacen muchas veces tuberculosos, y, sin embargo de esto, la tuberculosis no afecta en ellos de preferencia á los vértices pulmonares. En vista de la insuficiencia de la hipótesis á que nos estamos refi-

riendo, Gessner ha comparado últimamente el vértice pulmonar á una hernia que sería impulsada á través de la abertura superior del tórax en los actos de toser, estornudar y hacer fuerza. Compara también dicho vértice con la vejiga biliar y con el apéndice vermiforme, porque estos tres órganos representan extremidades ciegas de grandes cavidades. Verdad es que el mismo autor reconoce que la comparación del vértice pulmonar con una hernia que se estrangularía al ser comprimida contra la abertura superior del tórax, al toser, estornudar ó hacer fuerza, tropieza con lo que sabemos por los resultados obtenidos con la estancación venosa de Bier acerca de lo útil que es tal estancación para combatir los procesos tuberculosos. Tampoco se hace más comprensible dicha predisposición de los vértices, trayendo á cuento el apéndice y la vesícula biliar. No se trata, por lo tanto, de una particularidad de carácter anatómico, sino de una diferencia fisiológica y muy esencial entre las partes superiores del pulmón y las inferiores. En efecto, en la respiración tranquila, son estas últimas casi las únicas que funcionan, porque sólo interviene el diafragma. Ahora bien, el descenso de presión que se produce en la inspiración, no sólo ventila mejor las partes respectivas del pulmón, sino que es causa de que sea mucho mejor su abastecimiento de sangre y de linfa. El tejido pulmonar se nutre mucho mejor cuando respira que cuando está en reposo. Según esto, la predisposición de los vértices á la infección tuberculosa, es consecuencia de su no participación en el acto respiratorio. A causa de esto quedan anémicos, circula por ellos mucho peor la linfa y reciben menos aire, facilitándose la implantación de los bacilos tuberculosos en dichos vértices por la menor resistencia que presenta el organismo en este sitio.

El Dr. *Carlos Sternberg* hace observar, que si la nutrición de los lóbulos superiores es peor que la de los inferiores, debieran atrofiarse, cosa que no sucede. Si la ventilación deficiente del lóbulo superior fuese la causa de la tuberculosis, debería enfermar todo el lóbulo.

El Dr. *Sigmundo Exner* concede que la parte inferior del pulmón se ventila mejor que la superior, y pregunta si la tuberculosis es menos frecuente en la mujer que respira de preferencia con el tipo costal.

El Dr. *Rodolfo Pick* no se explica por qué, de ser exacta la hipótesis del conferenciante, no se observa que otras infecciones ataquen también de preferencia á los lóbulos superiores.

El Dr. *Marcelo Grossmann* refiere haber comprobado experimentalmente que las diferentes partes del pulmón se ventilan de diversa manera. En la inspiración las venas se vacían en las aurículas, y con la distensión los pulmones se ponen anémicos; en la expiración se vuelven á llenar de sangre. Si los vértices no respiran con tanta intensidad como el resto del pulmón, están mejor abastecidos de sangre.

El Dr. *Leopoldo Braun* recuerda los datos suministrados por la percusión, cuando cambian las condiciones de presión en la cavidad pleural, y se inclina á atribuir la mayor predisposición de los vértices á sus conexiones linfáticas con los ganglios cervicales.

El Dr. *A. Loebl* pregunta cómo se compagina con la teoría del conferenciante el hecho de que, en la antracosis, las partículas de carbón se distribuyen de un modo uniforme por todo el pulmón.

El Dr. *Hofbauer* replica que sólo se ha referido á la respiración tranquila, puesto que en la profunda se cambian los papeles, encargándose entonces del exceso de respiración las partes superiores del pulmón. Es cierto que en la mujer la respiración tranquila es, no sólo diafragmática, sino también costal; pero el déficit de respiración diafragmática lo suplen, no las partes superiores del tórax, sino las medias é inferiores, de suerte que también en la mujer quedan retrasados los vértices en el acto respiratorio. Rindfleisch ha admitido una anemia de los vértices. La disminución en la función respiratoria es gradual de abajo arriba, y por eso aumenta la predisposición á la tuberculosis en el mismo sentido. En apoyo de su teoría cita el autor un caso de Birch-Hirschfeld, de una embarazada, en la que la tuberculosis se localizó en la base, porque ésta se ventila peor que el vértice á causa de ser empujada por el útero hacia arriba. La proximidad de los ganglios cervicales escrofulosos no explica el aumento de predisposición en los casos de hábito tísico, puesto que en estos casos las conexiones linfáticas no son ni más cortas ni más amplias. En cambio, con su teoría se explica la influencia de dicho hábito; la respiración tranquila continuada por mucho tiempo en la época del desarrollo del esqueleto, hace que se retrasen en su crecimiento las partes superiores del tórax, y con ellas, la porción subyacente del pulmón, que se ventilen y nutran peor que normalmente, y por lo mismo ofrecen mejor terreno al bacilo tuberculoso. El hecho de que los animales que respiran en un aire cargado de hollín presentan una distribución uniforme en su antracosis se explica, porque en semejante atmósfera la respiración es trabajosa. En la localización de las enfermedades infecciosas es evidente que influyen, no sólo la distinta participación de las diferentes partes del pulmón en el acto respiratorio, sino también ciertas propiedades del tejido requeridas por el agente patógeno.

El Dr. *Winterberg* hace notar que el punto más importante en esta cuestión es el de si, en la respiración superficial de tipo diafragmático, se ventilan los vértices; las investigaciones de Hutchinson, que ha invocado el conferenciante, no pueden ilustrarnos en esta ocasión.

El Dr. *C. Sternberg* recuerda que no ha hablado de anemia, sino de atrofia, en el caso que se supone de una anemia constante.

El Dr. *Moriz Weil* compara la manera de distribuirse el aire con lo que ocurre en un fuelle cuando se le hace funcionar.

El Dr. *Hofbauer* explica la no presentación de la atrofia en el lóbulo superior por el hecho de que el hombre tiene muchas ocasiones de respirar profundamente. Su teoría se funda en numerosas investigaciones propias y de otros autores, cuya competencia es indiscutible. Para la nutrición y ventilación es indiferente que los vasos del pulmón se llenen más de sangre en la inspiración ó en la expiración. La comparación con un fuelle no es oportuna, porque el pulmón no es una cavidad única; la irradiación de las ramificaciones del árbol bronquial y de los tabiques de tejido conjuntivo, determina una separación tan marcada entre las distintas partes del pulmón, que las diferencias de presión entre ellas no se difunden de un modo uniforme por todo el órgano.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Infección general con el gonococo.—El Dr. A. Prochaska refiere seis casos de la clínica de Zurich, en los que se comprobó la presencia del gonococo en la sangre. En tres de ellos se trataba de reumatismo blenorrágico de gravedad variable (en un caso se comprobó bacteriológicamente en la autopsia la existencia de una endocarditis blenorrágica); un caso fué de hinchazón articular pasajera con eritema nudoso; otro de meningitis consecutiva á supuración de una vesícula seminal (gonococos comprobados por el cultivo en la sangre y en el pus de las vesículas seminales y de las meninges), en el último caso se trataba de fenómenos sépticos graves consecutivos á una blenorragia y complicados más tarde con formación de un exudado pleural. En este caso se encontraron gonococos en la sangre y en el líquido pleurítico.—(*Deutsches Archiv für klin Medizin*).—R. del Valle.

Acción téxica del alcanfor.—Happich deduce de sus experimentos con el alcanfor que es un medicamento peligroso en los enfermos, en los que el metabolismo de los hidrocarburos es insuficiente, en los caquécticos, en los diabéticos y en los intoxicados por el hidrato de cloral. Es nocivo también en los envenenamientos por el óxido de carbono, en los casos de enfermedad cardíaca grave, de neumonía doble avanzada y de septicemia intensa. Está contraindicado en la eclampsia y en la excitación psíquica, porque obra principalmente sobre el sistema nervioso central.

(*Philadelphia Med. Journal*, 20 enero 1906).—F. Toledo.

El urano en el tratamiento del lupus. — De los experimentos realizados por el Dr. N. Walker con el urano, deduce que es más radio-activo que el thorio. El óxido de urano se mezcla con una base negativa y se aplica á un parche adecuado.

Se cubre con un trozo de tafetán encerado y se fija todo ello con tiras de esparadrapo aglutinante. Un lupus fibroide de los brazos mejoró rápidamente con este tratamiento. Al principio se limitó el autor á aplicar el parche durante veinticuatro horas, pero después lo dejó colocado tres días seguidos, sin que se hubiese presentado reacción en el brazo. En cambio se presentó, aunque ligera, en la cara, con una aplicación de veinticuatro horas. Por esto no lo coloca más que por la noche y lo quita por la mañana.

Los resultados son satisfactorios, y, sobre todo, no van acompañados visiblemente de peligro alguno. La aplicación del medicamento no es desagradable al paciente, y como un parche conserva su eficacia durante varios meses, tampoco resulta caro el tratamiento.

(*Scott. Med. and surg. Journal*). — R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRATAMIENTO DE LA HEMIPLEGIA CEREBRAL

POR LA REEDUCACION DE LOS MOVIMIENTOS

POR

DON MIGUEL GAYARRE

Doctor en Medicina, Madrid.

El tratamiento por la iteración (Bahnungstherapie de los alemanes, reeducación de los franceses) se propone utilizar las vías nerviosas mantenidas intactas y crear otras nuevas.

Parece á primera vista y con arreglo á las ideas hasta hace poco corrientes acerca de la conducción de los impulsos voluntarios en el sistema nervioso central, que una vez rota la continuidad de la vía piramidal por un proceso cualquiera, los movimientos de las partes inervadas por esta vía deben quedar abolidos para siempre, puesto que las fibras nerviosas centrales no se regeneran (1). Por

(1) El problema de la regeneración de las fibras centrales aparece cada vez más embrollado. Es bien sabido que los nervios periféricos seccionados se regeneran completamente, aunque no se sabe con certeza si tal regeneración es autógena, como pretenden Bethe y otros, ó si, como quiere la doctrina clásica, se efectúa siempre á partir del cabo central del nervio. Respecto de las fibras centrales, hasta hace poco se creía que no se regeneraban, y se admitía que esta diferencia entre ambas fibras se debía á que las periféricas tienen vainas y núcleos de Schwann, de que carecen las centrales. Esta explicación no es plausible, entre otras razones: 1.°, porque Cajal ha demostrado la existencia de vaina de Schwann, aunque muy delgada y sin núcleos, en las fibras de los centros nerviosos, y 2.°, porque, como demostró Kahler hace más de veinte años, si se comprime una raíz posterior, su porción extramedular se regenera, mientras que su porción intramedular, de estructura exactamente igual á la primera, queda definitivamente degenerada, hecho inexplicable aún (Nageotte supone que la vaina de la porción intramedular es, por naturaleza, más vulnerable que la extramedular). Si se secciona una raíz posterior, no se regenera, mientras que el nervio sensitivo correspondiente, de estructura exactamente

eso decía Charcot: «Si la lesión está en la cápsula interna, dejará como residuo una hemiplegia definitiva con contractura incurable».

Tal es todavía la opinión de la mayor parte de los médicos prácticos. El médico de buena fe, que asiste muy ufano á una neumonía franca, sonríe tristemente cuando se le requiere para tratar una hemiplegia de origen cerebral. Importa demostrar que tal pesimismo es injusto ó al menos que no está más justificado en la hemiplegia que en tantas otras enfermedades que el práctico combate, ó se imagina que combate, con decidido empeño.

Hasta hace poco se podía decir de la tabes dorsal lo que Charcot decía de la hemiplegia. Puesto que la ataxia locomotriz es producida por la esclerosis de los ganglios espinales y raíces y cordones posteriores, todo intento terapéutico debe ser inútil si la lesión ha llegado á su apogeo. No es posible regenerar los cordones esclerosados. Sin embargo, la clínica ha demostrado que tabéticos postrados en cama pueden andar de nuevo si se les enseña á andar (reeducación de los movimientos). Los resultados obtenidos de este método son indudables. Serán todo lo modestos que se quiera, pero aun así son bien comparables con los éxitos terapéuticos que se obtienen en un sarampión ó en una leucemia, por ejemplo.

igual, se regenera por completo después de seccionado. En la médula misma se han comprobado evidentes procesos regenerativos, extraños, inesperados y, según parece, inútiles. El trabajo más reciente que acerca de esto conozco es el de A. Fickler, «Experimentelle Untersuchungen zur Anatomie der traumatischen Degeneration und Regeneration des Rückermarks», *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, Bd. 28-1-2 Heft, julio 1905, en el que se expone detalladamente el estado actual de esta cuestión. El hecho más saliente es que en muchos casos de compresión medular (por mal de Pott, etcétera) y de siringomielia se encuentra en los sitios lesionados los llamados neuromas, que son glomérulos formados por tubos nerviosos completamente distintos de los tubos centrales y análogos á las fibras nerviosas periféricas, puesto que tienen vaína de Schwann provista de núcleos (Touche y Thomas. Schlesinger). También en la mielitis transversa se ha observado tan desconcertante neoformación, pero no en la esclerosis en placas ni en las degeneraciones cordonales. El hecho es indudable, cualquiera que sea la interpretación que se le dé. (Bielschowsky cree que tales haces se componen de fibras aberrantes del cordón piramidal directo ó de fibras comisurales largas). De todos modos, siempre resulta que la médula adulta goza de muy escaso poder regenerador. Por no alargar desmesuradamente esta nota no entro en más detalles. Este asunto no sólo tiene gran interés teórico, sino también importancia práctica suma, puesto que de su solución dependerá que el cirujano se decida ó no á remover la causa de la compresión. Sólo quien conozca todos estos datos sabrá si ha de intervenir y en qué tiempo podrá aún ser eficaz la intervención. Oppenheim cita un caso en que la operación, hecha á los siete años de compresión, produjo mejoría muy acentuada.

Si la afirmación de Charcot fuera exacta, toda hemiplegia producida por la sección total de la vía piramidal en un punto cualquiera de su trayecto sería completa é irreparable para siempre. Sin embargo, todo el mundo sabe que casi todos los hemiplégicos recobran al cabo de cierto tiempo muchos de los movimientos perdidos al ocurrir el ataque apopléctico.

Hasta hace muy poco tiempo la opinión de Charcot era universalmente admitida, y aun ahora es la corriente entre los médicos. Se ve todos los días que muchos hemiplégicos se curan, pero se sigue afirmando que no debían curarse. Tal es la influencia de los prejuicios teóricos.

El error nace de suponer que la única vía motriz voluntaria que une al cerebro con la médula es la piramidal, y que, por consiguiente, seccionada ésta, la parálisis del lado correspondiente es definitiva. Pero como es indudable que la hemiplegia mejora y á veces desaparece por completo, es preciso averiguar de qué modo se efectúa la restitución de las funciones perdidas y cuáles son las vías que se encargan de suplir, en mayor ó menor grado, la falta de la piramidal definitivamente degenerada.

Lo primero que se ocurre es indagar si la médula espinal misma puede proporcionar algún mecanismo compensador de esta naturaleza. Se puede asegurar que por lo menos en la hemiplegia cerebral de los adultos no existe tal compensación medular. En estos casos no se encuentra en la médula más alteración que la degeneración, reciente ó antigua, de la vía piramidal directa y cruzada. No hay el menor asomo de hipertrofia de ninguna otra parte de la substancia blanca ni gris. Es natural que así suceda, puesto que la médula espinal adulta es un órgano ya definitivamente formado y, según parece, no susceptible de nuevos desarrollos. Pero no puede afirmarse que ocurra otro tanto en la médula infantil. En un trabajo tan interesante como todos los suyos, sostiene A. Pick (1) que cuando hay agenesia de la vía piramidal, como sucede, por ejemplo, en la porencefalia, se establece una hipertrofia compensadora en otras partes de la médula. En un caso de porencefalia del lado derecho observado por él, había hipertrofia del asta posterior del lado izquierdo, que era mayor que en el derecho. La pequeñez de la mitad izquierda de la médula contribuía á que fuera más patente dicha hipertrofia. Pick ve en este hecho una confirmación de las ideas

(1) Ueber compensatorische Vorgänge im menschlichen Rückenmark. *Neurologisches Centralblatt*, 1904, n.° 14.

embriomecánicas de W. Roux (de Laussane) relativas á la lucha de las partes en el organismo, pero deja sin resolver un punto muy esencial, el de si la supuesta hipertrofia es realmente debida al mayor desarrollo de los elementos nerviosos de dichas partes ó á la proliferación neuróglica. Claro es que si la hipertrofia aparente está en realidad formada por neuroglia, no existe tal compensación anatómica ni funcional.

Yo he examinado la médula de un individuo de treinta años que tenía porencefalia desde los tres meses, es decir, desde una época en que todavía no se ha completado el desarrollo de la vía piramidal y en la que, por consiguiente, las condiciones son favorables para que se establezca la hipertrofia compensadora. En este caso la hemiplegia era completa y muy marcada la atrofia del brazo paralizado, como es la regla en la hemiplegia cerebral infantil. El poro cerebral era enorme, llegaba desde la superficie hasta la cavidad ventricular y destruía toda la zona motora del lado derecho. En la médula había degeñeración muy acentuada de la vía piramidal directa del lado derecho, y aunque no tan marcada, de la cruzada, pero no se veía hipertrofia aparente ni real de ningún otro sistema de fibras ni de la substancia gris. Es, pues, muy dudoso que la médula tenga recursos propios suyos capaces de suplir á la pirámide degenerada.

Si la médula adulta poseyera tales mecanismos de reserva, en ningún caso podrían manifestarse mejor que en la esclerosis lateral pura ó degeneración primaria, sistemática, de la vía piramidal, degeneración que empieza en la médula misma y pocas veces asciende por encima del cruzamiento de las pirámides. En un caso de esta clase que yo observé, no encontré más lesión medular que dicha degeneración piramidal antigua y pura, pero no ví el menor indicio de hipertrofia de substancia blanca ni gris.

Mucho se ha trabajado y se trabaja actualmente para averiguar cuál es la función real de la vía piramidal y si existen además de ella otras vías motrices de origen cortical ó subcortical. Principalmente los estudios de Starlinger, Monakow, Probst y Rothmann, han demostrado que en los mamíferos superiores, el mono entre ellos, no es la vía piramidal la única motriz de origen cerebral, sino que existen otras, que Prus llama extrapiramidales, y que según defiende Rothmann sobre todo, pueden suplir con bastante perfección la falta de la pirámide. Pero como casi todos estos trabajos experimentales se han hecho en animales, no puede aplicarse su re-

sultado al hombre, porque en éste la vía piramidal ha adquirido desarrollo extraordinario en relación con los usos complicadísimos de las extremidades superiores, sobre todo de la mano, y porque no sólo se ignora si dichas vías extrapiramidales tienen en el hombre tanta importancia como en los demás mamíferos, sino que ni siquiera está demostrado que existan en él. Es inútil, por tanto, para nuestro objeto relatar al detalle los experimentos de Probst y de Rothmann, interesantísimos sin duda y que tanto han contribuído á esclarecer el mecanismo de los movimientos voluntarios en los animales. Starlinger en el perro y Rothmann en el mono, demostraron que la sección total de ambas pirámides no va seguida, contra lo que se esperaba, de parálisis total de las extremidades, sino que pasados los primeros trastornos, que quizá no sean producidos por la sección piramidal misma, sino por la lesión inevitable en el experimento de los cordones posteriores, de los anteriores y de la substancia gris, los movimientos activos se restablecen por completo de tal modo, que al cabo de cierto tiempo sólo son difíciles los movimientos de los dedos, y no queda más alteración persistente que alguna lentitud de los movimientos de los miembros. El único trastorno duradero es la exaltación de los reflejos tendinosos. En opinión de Rothmann (1), la única función que puede concederse con seguridad á la vía piramidal es la moderación de dichos reflejos, al menos en los animales. Otras vías, principalmente el haz rubro-espinal ó fascículo de Monakow (que nace en el núcleo rojo y camina en la médula ventralmente del cordón piramidal cruzado, y cuya degeneración experimental ha sido estudiada perfectamente en el mono por Collier y F. Buzzard, que la han seguido hasta la porción lumbar), el fascículo de Probst ó de Bruce ó vestíbulo espinal (nacido del núcleo de Deiters en la oblongada, desciende por el cordón anterior hasta la región lumbar), el tractus tecto-spinalis de Held, etcétera, se encargan de desempeñar las funciones de la pirámide degenerada, de tal manera que no queda más vestigio de la parálisis primitiva que la exaltación de los reflejos tendinosos.

Más modesta todavía es la función que á la pirámide asigna Schüller (2). Después de seccionar en monos y perros un cordón pirami-

(1) Das Problem der Hemiplegie. *Berliner klin. Wochensch.*, 1902, números 17 y 18.

(2) A. Schüller, Ueber die Function der Pyramidenbahn. 77 Congreso de naturalistas y médicos alemanes en Meran, septiembre 1905. Véase también del mismo autor: Ueber die Störung des Flankenganges bei Hemiplegikern. *Neurol. Centralblatt*, 1908, n.° 2.

dal por encima del cruzamiento, no ha observado más trastorno que la falta de algunos movimientos aislados, que se ponen mejor de manifiesto cuando el animal efectúa pasos de costado, esto es, marcha de flanco. Esta misma alteración del paso lateral existe en el hombre hemiplégico, y consiste en que el paso hacia el lado enfermo no sufre variación alguna, pero cuando el paciente se mueve hacia el lado sano, apenas puede dar el paso, porque lo impide la pierna parésica, que arrastra por el suelo. Esto es debido á que el miembro inferior parésico es más largo que el sano y no puede hacer debidamente los movimientos de ab y adducción. Según Schüller, este defecto aparece inmediatamente después de la operación y persiste después definitivamente. Con razón le objetó Wagner que no es posible que una vía tan importante como la piramidal tenga por única misión determinar unos movimientos que normalmente nunca se efectúan aislados; pero tuvo que confesar que aunque parece indudable que en el hombre deben desempeñar alguna función de transcendencia, estamos aún muy lejos de conocerla.

La observación clínica está en contradicción evidente con estos hechos experimentales. Es hecho innegable que la sección de la vía piramidal en el hombre va seguida de hemiplegia, como se ha comprobado en miles de autopsias. Se conocen, es verdad, casos excepcionales, como los famosos de Haenel y Czylharz y Marburg, en los que á pesar de la falta total de una pirámide, era muy poco acentuada la paresia muscular, y se sabe que en algunos casos de enfermedad de Friedreich la degeneración piramidal existente no se revela por ningún trastorno motor. Tal sucedió en el caso de Bing (1). Pero este reducido número de casos no basta para menoscabar la fuerza demostrativa abrumadora de los innumerables de hemiplegia en que la autopsia ha demostrado la degeneración piramidal, en primer lugar, por su misma escasez, y en segundo, porque en rigor no demuestran la inutilidad motriz de la vía piramidal, sino que prueban que cuando ésta queda destruída, otras se encargan de suplirla con mayor ó menor perfección. Así, en el caso de Haenel había hipertrofia considerable de las vías motrices tegumentarias (fascículo rubro-espinal, etc.). Aun sin hipertrofiarse puede un haz nervioso sustituir á otro durante mucho tiempo, del mismo modo que el corazón compensa una lesión valvular sin hipertrofiarse sino al cabo de cierto período.

(1) Bing, Die Abnutzung des Rückenmarks. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.*, t. 26, 1904.

Según esto, lo que realmente importa saber es si hay mecanismos en los centros nerviosos ó fuera de ellos capaces de corregir el déficit funcional causado por la lesión piramidal. Hemos mencionado las vías extrapiramidales que, según los experimentos en animales y las observaciones patológicas de Haenel, etc., desempeñan tal papel. Sin embargo, conviene no olvidar que otros autores no admiten tal sustitución en el hombre y hasta niegan que existan en él dichas vías extrapiramidales que puedan transmitir impulsos motores voluntarios, sino cuando más, afectivos y reflejos. Probst, por ejemplo, que ha publicado recientemente un importante trabajo acerca de esto (1), resume el estado actual del asunto diciendo que la destrucción de la vía piramidal produce en el hombre siempre parálisis permanente, mientras que en los animales no determina perturbaciones motoras de consideración, porque en ellos las vías motrices tegumentarias están muy desarrolladas, cosa que no sucede en el hombre, en el que predomina casi exclusivamente la piramidal. En muchos casos la hemiplegia total no es persistente, sino que se restablece en parte la motilidad; esto se debe á la influencia de las fibras piramidales no destruídas por la lesión y á la intervención de las vías motrices tegumentarias, puesto que cuando quedan destruídas la cápsula interna y todo el tálamo óptico, la parálisis es completa, definitiva y flácida.

Casi siempre la hemiplegia es producida por una lesión de la vía piramidal en un punto cualquiera de su trayecto, pero no en su origen en la zona rolándica y ocurre pensar si la destrucción limitada á esta zona determinará iguales síntomas que la de la vía corticoespinal misma. Se ha podido estudiar este problema en el hombre experimentalmente. Marinesco (2) ha examinado dos enfermos á quienes Jonesco extirpó la corteza cerebral de la zona motriz. El síndrome que presentaban era esencialmente el de la hemiplegia cerebral vulgar, con algunas variantes, como la atrofia muscular y la anestesia. La parálisis no era completa, sino que afectaba á grupos musculares determinados (como en la hemiplegia vulgar), y á ciertos movimientos (los especiales en el sentido de H. Munk). De tales experimentos clínicos se desprende, además, que la ablación de la corteza motriz produce en el hombre trastornos mucho más

(1) Probst, Zur Kentniss der Grosshirnfaserung und der cerebralen Hemiplegie (Sitzungsb. d. Akad. der Wissensch. Wien, 1908, diciembre).

(2) Marinesco, Contribution a l'étude du mécanisme des mouvements volontaires et du fonctions du faisceau piramidal. *La Semaine Medicale*, 7 octubre 1908.

profundos y duraderos que en los animales, en los que los centros motores subcorticales son mucho más autónomos. Para más detalles, consúltese el artículo de Marinesco.

En el artículo más reciente que acerca de la hemiplegia ha publicado Rothmann (1), rechaza la conclusión de Marinesco, fundándose en que al extirpar la corteza motriz se destruye, lo mismo que en la hemiplegia vulgar, no sólo la vía piramidal, sino también las conexiones de ésta con el resto del cerebro y con los ganglios subcorticales. Por tanto, esta extirpación no puede dar la clave de la función exclusiva de la pirámide.

Resulta de lo que llevo dicho, que aún no se conoce exactamente la función de la vía cortico-espinal ó piramidal. Pero aun concediéndole toda la importancia que le han dado Charcot, y recientemente Probst, siempre resulta que su destrucción, ó al menos la lesión que suele sufrir en la hemiplegia corriente, no basta para producir parálisis total y perpetua, sino que, como hemos visto, al cabo de poco tiempo se restablecen muchos movimientos. La reeducación se propone que se restablezca el mayor número posible de ellos. Para utilizarla debidamente es preciso saber qué movimientos son los que reaparecen espontáneamente y cuáles los que suelen quedar abolidos. Como en los libros de Neuropatología se estudia con detalle este asunto, bastará hacer aquí un breve resumen de su estado actual.

La hemiplegia cerebral reciente es total y flácida, afecta por igual á todos los músculos del lado afecto (en la mayor parte de los casos también á la parte superior de la cara); pero al cabo de poco tiempo empiezan á reaparecer los movimientos de algunos músculos determinados, de tal manera, que al fin la hemiplegia residual queda fijada en ciertos grupos musculares. Esta repartición de la parálisis suele adoptar un tipo bastante constante: en el miembro superior quedan paralizados los músculos extensores, mientras que los flexores recobran su función en mayor ó menor grado; en el inferior los flexores de la pierna y los extensores dorsales del pié (esto es, los músculos que acortan el miembro en la marcha), mientras que los extensores recobran el movimiento (esto es, los que alargan el miembro). Después, estos músculos no paralizados, se contracturan y fijan el miembro superior en flexión y el inferior en extensión.

(1) M. Rothmann, Ueber neue Theorien der hemiplegischen Bewegunstörung. *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie.* 1904. t. XVI, n.° 6.

Muchas teorías se han propuesto para explicar esta distribución de la parálisis y la producción de la contractura. Para nuestro objeto es innecesario citarlas todas. Una de las más corrientes es la propuesta por Broadbent en 1866, modificada después por Monakow (1). Según estos autores, los grupos musculares que no se paralizan ó cuyos movimientos se restablecen más pronto, son aquellos que trabajan simultáneamente con los de la otra mitad del cuerpo, como, por ejemplo, los respiratorios, los oculares, los del raquis, etc. Esto se explica, porque estos grupos están inervados por ambos hemisferios. Cuanto más bilateral es su inervación, tanto menor es su parálisis. Mann (2) ha demostrado que esta idea es insostenible. Así, por ejemplo, los músculos extensores ó alargadores del miembro inferior se paralizan poco, los flexores (ó acortadores) mucho, y, sin embargo, aquéllos no trabajan durante la marcha bilateralmente, sino que en el momento en que se contraen los flexores que acortan una pierna, se están contrayendo los extensores de la otra, mientras que permanecen relajados los extensores de la primera. Monakow pretende que se restablecen los movimientos inervados por las vías extrapiramidales (centros subcorticales), esto es, los movimientos automáticos, no voluntarios. Tampoco puede admitirse tal explicación. El triceps femoral, por ejemplo, recobra su función, no sólo para mantener la estación bípeda (acto automático, bilateral), sino que también se contrae voluntariamente en la marcha (acto voluntario unilateral).

La teoría de Mann, esbozada ya por Wernicke, supone que en la hemiplegia residual, esto es, la que persiste pasado el primer período de hemiplegia total, quedan paralizados grupos determinados de músculos que ejercen una función dada, mientras que se restauran otras sinergias musculares. Así en el miembro inferior se restablecen muy pronto los músculos extensores, esto es, los que alargan la extremidad abdominal (extensores de la pierna, flexores plantares del pié), mientras que persiste la parálisis de los músculos que acortan el miembro (flexores de la pierna, flexores dorsales del pié). Lo contrario sucede en la extremidad torácica. Los músculos no paralizados son los que al cabo de más ó menos tiempo se contracturan. Mann explica esta distribución de la parálisis y de la contractura, suponiendo que en la hemiplegia cerebral la interrupción de la vía

(1) Monakow, Gehirnpathologie, 1897.

(2) Mann, Ueber cerebellare Hemiplegie und Hemiataxie. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*. Bd. XII. Ergänzungsheft, 1902.

piramidal no es total, sino parcial; y que las fibras conservadas son las que mantienen la contracción de los músculos no paralizados. Admite además que la misma fibra piramidal que excita la contracción de un músculo, modera ó inhibe la de su antagonista, y que, por consiguiente, cuando un músculo se paraliza, su antagonista se contractura.

Un hecho, muchas veces comprobado, obliga á deshechar la teoría de Mann. Hay casos de hemiplegia espinal, de parálisis espinal espasmódica, de parálisis espinal sifilítica, en que la distribución de la parálisis del miembro inferior es idéntico á la hemiplégica cerebral. En un caso de parálisis espinal sifilítica que observo en la actualidad, la paresia afecta á los músculos que acortan el miembro inferior derecho; el enfermo anda exactamente lo mismo que un hemiplégico cerebral. No se puede invocar aquí la conservación parcial de unas fibras piramidales, porque éstas marchan reunidas en un haz en el cordón lateral y no dispersas como en la cápsula interna. Para salvar esta dificultad recurre Mann á otras hipótesis por demás artificiosas é improbables, cuya exposición es inútil para nuestro objeto. Además, como observa Lewandowsky (1), cuando se paraliza una pareja de músculos antagónicos, por ejemplo, un extensor y un flexor, ó todos los músculos de una extremidad, debía producirse, según Mann, contractura de todos los músculos paralizados, puesto que la destrucción de las fibras piramidales excitomotrices produciría parálisis, y la de las fibras moderadoras de todos los músculos determinaría la contractura. Sin embargo, no sucede tal cosa. Lewandowsky (2) ha observado recientemente que en la hemiplegia cerebral infantil, los músculos agonistas y los antagonistas suelen paralizarse por parejas, y en tales casos falta el tipo Wernicke-Mann, de disociación de la parálisis, tan frecuente en la hemiplegia del adulto, y tampoco hay contractura. Por estas razones, la teoría de Mann es inadmisible. Como prueba de ella indica este autor que la hemiplegia producida por lesión de las vías extrapiramidales, tiene caracteres completamente distintos de la hemiplegia ordinaria piramidal, y cita un caso muy interesante (aunque sin autopsia) de hemiplegia y hemiataxia cerebelosas: la hemiplegia era por completo diferente de la cerebral (había hemiparesia flácci-

(1) Lewandowsky, Bemerkungen über die hemiplegische Kontraktur. *Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, t. 29, septiembre 1905.

(2) Lewandowshy, Ueber die Bewegungstörungen der infantilen cerebralen Hemiplegie und über die Athetose double. *Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk*, t. 29, noviembre 1905.

da sin contractura, sin trastornos de sensibilidad, sin síntoma de Babinski). Según Mann, la hemiplegia cerebelosa tiene origen centrípeto; se debe á trastornos de la sensibilidad inconsciente, y su causa es una lesión de la vía cerebelo-pedúnculo—cerebeloso superior—corteza cerebral. Como carece de fundamento autópsico, toda esta explicación es puramente teórica. El hecho es que está aún por demostrar que el cerebelo tenga función motriz. Nadie admite la opinión de Adamkiewicz, que sostiene que el verdadero órgano nervioso motor es el cerebelo (1).

No haré más que mencionar la teoría de la diásquisis de Monakow, en el que juegan el papel principal las «Schaltzellen» de este autor. Como no está demostrado que tales células tengan la función que se les atribuye, huelga toda la teoría.

Otro tanto puede decirse de la de Van Gehuchten, fundada en el supuesto antagonismo entre la vía cortico-espinal (piramidal) y una vía hipotética cortico-ponto-cerebeloso-espinal; la primera es moderadora de los movimientos; la segunda excitomotriz; cuando, como sucede en la hemiplegia cerebral, se interrumpe aquélla, predomina el efecto de la última y se produce la contractura. Esta hipótesis no explica la contractura que se presenta en las lesiones medulares (hemisección de la médula, por ejemplo). El mismo Gehuchten la ha abandonado.

Lewandowsky (2), que asigna á la vía extrapiramidal un trayecto aún más complicado que Gehuchten (corteza cerebral—pedúnculo-cerebral-puente—pedúnculo cerebeloso medio—corteza del hemisferio cerebeloso opuesto—núcleo dentado—núcleo rojo—fascículo Monakow—médula espinal) y que admite que esta vía es la principal motriz después de la piramidal, cree que la contractura tiene su origen en la sensibilidad muscular que por acción refleja excita dicha vía extrapiramidal y mantiene contraídos los músculos que habían empezado á recobrar sus movimientos. Se funda para ello en que la hemiplegia que se presenta en los tabéticos no suele ir seguida de contractura.

Supone además que la posición que adopta el miembro contracturado depende en parte de la posición pasiva que se le da en los primeros tiempos de la hemiplegia, sin que intervenga para

(1) Adamkiewicz, Die Wahren Centren der Bewegung. *Neurol. Centralblatt*, 1904, n.° 12.

(2) Lewandowsky, Untersuchuugen über die Leitungsbahnen des Truncus cerebri, etc. ref. en *Neurol. Centralbl.*, 1905, n.° 8.

nada la falta de inhibición supuesta por Mann. Consúltese, para más detalles, el artículo ya citado de Lewandowsky sobre la contractura hemiplégica.

Por último, Rothmann, en su artículo antes mencionado, supone que la distribución de la parálisis en la hemiplegia cerebral, depende de la estación bípeda humana, por virtud de la cual los extensores del miembro inferior han ganado en robustez, mientras que en el superior la han perdido y se han desarrollado más los flexores en armonía con las nuevas funciones de cada extremidad. No satisface esta explicación. La estación bípeda podrá hacer que los miembros abdominales sean más robustos que los torácicos, pero no que en un mismo miembro predominen los extensores sobre los flexores ó viceversa.

Resulta de lo dicho que la fisiología patológica de la contractura nos es tan desconocida como la de la parálisis hemiplégica, lo cual nada tiene de extraño, puesto que tampoco se conoce exactamente la función de la vía piramidal. Podría, pues, parecer inútil toda la exposición anterior. Sin embargo, yo la creo necesaria, porque demuestra que el problema de la hemiplegia es mucho más complicado que lo que suponía Charcot, y admite aún la mayor parte de los prácticos y, sobre todo, porque prueba que, según el estado actual de la neuropatología, la hemiplegia cerebral no es absolutamente irreparable.

Pero aun prescindiendo de la utilización de las fibras piramidales que han quedado intactas y de la vía extrapiramidal, la reeducación de los movimientos se propone utilizar otros factores, que son principalmente el hemisferio cerebral sano y las vías comisurales y de asociación que unen entre sí las dos mitades y las diversas regiones del cerebro y médula.

Lazarus (1) resume así la misión de este tratamiento:

1.° Utilizar el hemisferio sano en la compensación funcional.

2.° Emancipar los ganglios subcorticales (cerebelo, etc.) y convertirlos en centros motores voluntarios, esto es, apelar á la vía extrapiramidal.

3.° Facilitar ó aumentar la función de las comisuras cerebrales y medulares y de los sistemas cerebrales de asociación.

Cada hemisferio cerebral está en relación con las dos mitades de la médula, aunque en mucho menor grado con la mitad homolate-

(1) P. Lazarus, Die Bahnungstherapie der Hemiplegie. *Zeitschrift für klinische Medicin*, 1902, t. 45.

ral. No se puede conceder gran eficacia á estas fibras no cruzadas, porque su número es muy escaso, porque se desconoce la función del cordón piramidal anterior no cruzado y porque las fibras piramidales no cruzadas del cordón lateral, si existen, forman un sistema insignificante. Mayor importancia tiene la utilización de las vías extrapiramidales. Los sistemas comisurales (cuerpo calloso, comisuras medulares, etc.) parecen poco permeables á nuevos impulsos, según se deduce del experimento de Porter (véase el artículo de Rothmann).

Una condición necesaria para el buen éxito del tratamiento es que las vías centrípetas no estén totalmente alteradas, porque si lo están la restitución de los movimientos es imposible.

Estas son las ideas generales que deben guiar el tratamiento por la reeducación de los movimientos.

El plan que debe seguirse es análogo al que se emplea en la tabes dorsal. Se empezará por movimientos sencillos y se pasará después á enseñar las sinergias musculares necesarias para la marcha, la prensión de objetos, etc. Por ejemplo, se ordena al enfermo que haga todo el esfuerzo posible para doblar dorsalmente el pié, ayudándole el médico pasivamente si es necesario. Se consigue mejor el resultado apetecido, haciendo al mismo tiempo que intente mover el pié paralizado, que efectúe el mismo movimiento con el pié sano. Después se enseña á andar, subir y bajar escaleras, correr, coger objetos, escribir, etc., esto es, á coordinar los movimientos sencillos antes aprendidos.

Las excitaciones periféricas (masaje, electricidad) facilitan el buen resultado, hecho que está en armonía con los datos experimentales. Bubnoff y Heidenhain demostraron que se necesita una mehor excitación cortical para producir un movimiento de los miembros cuando, inmediatamente antes de la excitación, se hace pasar por la extremidad correspondiente una corriente inducida ó se amasan suavemente los músculos.

Si se efectúan los movimientos con los ojos cerrados y se repiten en esta forma los movimientos pasivos, se renueva la memoria motriz y se despiertan las sensaciones kinestésicas, necesarias para la ejecución de los movimientos. La intervención se limitirá á los grupos musculares paralizados. No debe empezarse el tratamiento hasta que no se haya establecido la hemiplegia residual.

No podemos ocuparnos en este artículo del tratamiento de la contractura y del modo de evitarla.

También la afasia es accesible á la reeducación. Con este método se obtienen resultados muy notables (1).

Los ejercicios deben durar poco tiempo y sin producir la menor fatiga. Es necesaria también gran perseverancia por parte del médico y del enfermo.

La reeducación de los movimientos ha dado resultados muy apreciables en muchos casos de hemiplegia cerebral. Ha conseguido hacer andar á enfermos inválidos desde mucho tiempo antes y devolver la palabra á afásicos antiguos. Bien valdría la pena de emplear sistemáticamente este método en los hemiplégicos, como se le practica en los tabéticos. Sea cualquiera la explicación que se intente, los éxitos son indudables. Aunque su eficacia fuera totalmente debida á la sugestión, estaría plenamente justificada su aplicación. Al enfermo, como no sea médico, le tiene sin cuidado el mecanismo de su curación. Nadie sabe dónde acaba lo subjetivo y dónde empieza lo objetivo. Si así no fuera, no habría dificultad alguna en el diagnóstico de las psiconeurosis; sería imposible confundirlas con enfermedades somáticas. Lo mismo sucede con los recursos terapéuticos: en muchos casos no es posible deslindar con seguridad su influencia sugestiva de su acción objetiva, no psíquica. Hasta en las intervenciones quirúrgicas influye mucho el factor psíquico, por ejemplo, en las resecciones nerviosas para combatir neuralgias, etcétera, sin que por eso estén injustificadas.

En resumen, una enfermedad tan frecuente (según Monakow, en el cantón de Zurich, muere anualmente de hemorragia cerebral el 9 por 1.000 de la población), tan interesante por su anatomía y fisiología patológicas como por su sintomatología inagotable (cuya descripción merecería capítulo aparte, porque apenas transcurre un año sin que se descubran síntomas nuevos), como es la hemiplegia, no merece el desdén con que suelen mirarla los médicos prácticos, que la entregan por completo á los recursos curativos naturales.

BIBLIOGRAFÍA

No he citado más que los trabajos que he consultado directamente, excepto la monografía de Lewandowsky sobre el tronco del cerebro y la de Probst, ambas muy importantes, pero que no he podido adquirir. Conozco sólo el resumen de ellas, hecho en *Neurologis-*

(1) Véase Gutzmann, Tratamiento de los desórdenes del lenguaje en el *Tratado de Terapéutica* de Penzoldt y Stintzing.

ches Centralblatt. Merecen leerse, sobre todo, los artículos de Rothmann, los de Lewandowsky, el de Lazarus (que trata de la reeducación), el de Mann, el de Marinesco y los tratados de Oppenheim (4.ª edición, 1905) y de Monakow. Heilbronner ha publicado recientemente un artículo interesante, en el que describe un síntoma nuevo (*Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde*, t. 28, 1905).

BIBLIOGRAFIA

POR EL DOCTOR

DON SINFORIANO GARCIA MANSILLA

Oculista del Hospital General y Hospicio. Profesor de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Madrid.

I. Comunicaciones á la segunda Asamblea anual de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, por el Dr. M. Menacho.

II. Melanosis del ojo derecho y neoplasmas melánicos epibulbares múltiples del ojo izquierdo, por el mismo autor.

I

El Dr. Menacho ha publicado en un folleto de 125 páginas, con numerosos grabados, las comunicaciones que hizo á la segunda Asamblea anual de la Sociedad Oftalmológica Hispano-Americana, celebrada en Madrid en 1905.

La primera comunicación se refiere á los cuerpos extraños intra-oculares, que era el tema oficial de dicha Asamblea.

El autor trata en su comunicación de todo lo relativo al concepto que debemos tener de cuerpos extraños intra-oculares, del estado séptico ó aséptico de éstos, de la exploración del ojo para la demostración de su existencia y de otras ideas generales indispensables para la ilustración del asunto de este interesante capitulo de Oftalmología.

Se ocupa después de la sintomatología y de la oftalmía simpática. En esta grave complicación de los cuerpos extraños intra-oculares estudia las diversas formas que puede revestir y cita el informe de Coppez relativo á la frecuencia de los fenómenos simpáticos en 720 heridas penetrantes de ojo.

Estudia después el histerotraumatismo ocular, exponiendo las opi-

niones de Charcot, Teillais, Gilles de la Tourette, Ponsier, Lantsheere y Parinaud.

Expone la anatomía patológica, patogenia y diagnóstico de los cuerpos extraños intra-oculares. Describe la aguja imantada, los galvanómetros de Thoemsom Widemann, el magnetómetro de Gerard y los sideróscopos de Asmus, Hirschberg y Pierke. Igualmente estudia la radiografía, bajo el punto de vista del diagnóstico de los cuerpos extraños intra-oculares. Trata de la tolerancia de éstos, enumerando varios cuerpos extraños tolerados por los ojos que han referido Del Toro, Wecker, Armaignac, Coppez, Terson y otros.

El autor expone 28 casos de su estadística, interesante bajo diversos puntos de vista.

En fin, esta comunicación termina con nueve estados, en los cuales se determina la localización de los cuerpos extraños intra-oculares, las complicaciones consecutivas, las operaciones que se practicaron, los resultados de estas operaciones y el resultado final del ojo lesionado.

En resumen, la comunicación del Dr. Menacho sobre los cuerpos extraños intra-oculares es una monografía bien documentada, que merece ser leída.

La segunda comunicación del Dr. Menacho se titula *Accidentes del trabajo en el aparato visual: su evaluación.*

Empieza este trabajo por circunscribir á sus justos límites, lo que constituye el accidente del trabajo, á fin de conocer los casos en que el obrero tiene derecho á indemnización. Después trata de la determinación del valor del aparato visual de cada obrero en el momento de asegurarle una compañía, según que los dos ojos sean normales, uno sea normal y otro defectuoso ó los dos tengan una visión defectuosa.

Cuanto á la cuantía de la indemnización, el autor se inclina, aunque provisionalmente, por la proposición Gonin.

La tercera comunicación es un nuevo procedimiento de radiografía estereoscópica.

Van Duyse aplicó al diagnóstico de las lesiones orbitarias con proyectil el procedimiento de la radiografía, para lo cual aplicaba el tubo de Crooke en la sien y la placa sensible en el ángulo interno del ojo.

Como quiera que por este procedimiento ni por otros muchos ideados, se obtiene conocimiento exacto de la posición de la sombra en la radiografía, el Dr. Menacho ha propuesto como referencia el ble-

farostato de ángulo interno y empezó sus ensayos. Estos fueron hechos en el cadáver colocando en el interior de los ojos perdigones, un mandrín para cánulas de inyecciones hipodérmicas, etc.

Los grabados que acompañan á esta comunicación, demuestran la posibilidad de encontrar la localización de algunos cuerpos extraños intra-oculares.

El último trabajo de este folleto, se refiere al *diplógrafo indicador* del Dr. Menacho.

Este aparato sirve para evitar los errores á que se presta la interpretación, la posición y el desplazamiento de la falsa imagen. Por medio de un grabado, el autor explica la manera de utilizar su aparato.

II

Este folleto es un trabajo publicado en los *Archivos de Oftalmología Hispano-Americanos* en enero del corriente año. Se trata de un caso interesante de melanosis del ojo derecho y de neoplasias melánicas epibulbares múltiples del ojo izquierdo.

El autor expone la historia del enfermo, detallando la aparición de los diversos focos de pigmentum que se le iban extirpando y la aparición de otros nuevos en el limbo corneano, presentando grabados en los que puede apreciarse perfectamente la tendencia que existía en el enfermo á la constante formación de focos neoplásicos.

Siguen á esta historia clínica ciertas consideraciones sobre el desarrollo sucesivo de tumores en el borde esclerocorneano, y sobre el hecho de que los tumores no se han reproducido en el sitio de su extirpación, sino que aparece en otro sitio diferente, lo que le inclina á creer que estos tumores son de naturaleza benigna.

Después el autor expone las opiniones de Lagrange, Panas, Parisotti y otros autores para explicar el origen del pigmentum melánico de la córnea, y termina con el pronóstico y tratamiento de los melanosarcomas.

Tratándose de un padecimiento que se observa pocas veces y que en este caso se ha hecho un estudio detenido, creemos que debe ser leído el trabajo del Dr. Menacho, puesto que puede contribuir á dilucidar muchos puntos todavía dudosos sobre los tumores melánicos epibulbares.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 17 de Febrero de 1906.

Tratamiento sereterápico de las infecciones de origen intestinal.— El doctor *Slocker* (D. M.), académico corresponsal, dice: que dentro del grupo de infecciones de origen intestinal, ha visto algunas que no encajan dentro de los cuadros clínicos que dichas infecciones presentan, puesto que comienzan sin fenómenos prodrómicos manifiestos, con temperaturas que llegan en los primeros días á 39° y décimas, oscilando la curva térmica; que tales infecciones caben dentro del diagnóstico de las tifoideas ó de las paratíficas; que la balneación no favorece á los enfermos; que las recaídas en estas infecciones no son ocasionadas por el proceso en sí, sino por las transgresiones del régimen; que estas infecciones no se asemejan al tifus exantemático por parte del tubo digestivo, no ofreciendo la lengua el tipo que en esta enfermedad, que por lo general está cubierta de una ligera capa saburral. La faringe y las amígdalas están normales; el vientre, en la inmensa mayoría de los casos, acusa una sensibilidad ligeramente exagerada, algo de abultamiento y astricción, siendo las deposiciones obligadas con irrigaciones; la orina es aparentemente normal; los enfermos padecen insomnio y no se quejan de sed. Que el complemento de la observación clínica había de ser el laboratorio para establecer el diagnóstico diferencial entre estas infecciones y el tifus exantemático, diagnóstico que había de decidir el encontrar ó no el bacilo de Eberth; que hay formas de estas infecciones que tienen algunos caracteres de la fiebre tifoidea, y que tales infecciones pueden depender de una exaltación del colibacilo.

Cita el siguiente caso: Muchacha de diecinueve años, que, sin período prodrómico, empezó á sentirse molesta con ligeros escalofríos y dolor de cabeza; las temperaturas fueron todas altas, llegando á 40°,5; se la inyectó 20 cent. cúb. de suero Durán, y al día siguiente llegó la temperatura á descender un grado. Observando que ésta volvió á aumentar ligeramente, repitióse otra inyección de 20 cent. cúb., con lo que se obtuvo un nuevo descenso de la temperatura.

En la convalecencia tuvo la enferma dolor de cabeza, hormigueos y dificultad para hablar.

El Dr. *Slocker* manifiesta que le parecía haber observado dentro de este grupo de infecciones, otras cuyos síntomas son más manifiestos respecto á localizaciones y perturbaciones funcionales del tubo digestivo, así como también que en algunas formas existen infecciones estreptocócicas puras.

Termina dando lectura á un artículo publicado en nuestra Revista, re-

lativo á un caso de fiebre tifoidea, que concuerda mucho con lo que ha expuesto á la Academia.

Fiebre aftosa por probable inoculación al hacer la vacuna. — El Dr. *Tolosa Latour* cita el caso de una niña de ocho meses, robusta y sana, á quien se vacunó, coincidiendo con la evolución de la vacuna una granulación en la cara y el cuerpo, lo que podía interpretarse como un ras, dada la piel fina de la niña; pero á las cuatro semanas tuvo fiebre, lagrimeo, tos y aftas ligeras en la lengua. Al tercer día, cuando la temperatura había bajado, se presentó un ataque de eclampsia con baja temperatura, que subió á 40° después de haberse administrado á la enfermita un baño de mostaza. Mejoró la niña, desapareciendo los fenómenos nerviosos, pero á las veinticuatro horas tuvo un nuevo ataque.

Al sacarla del baño se observó que en la nalga derecha tenía una especie de forúnculo duro, en vista de lo cual se temió que la fiebre fuera debida á un flemón. Dilatado dicho forúnculo por el Dr. Ribera, apareció una masa honda de pus, que hizo temer á este señor en la posibilidad de la gangrena. La temperatura era entonces de 37° y décimas. Hecha la cura, la niña se puso bien en dos días; pero al lado del sitio que había ocupado el primero, apareció otro forúnculo duro, como una especie de nódulo, y al propio tiempo una erupción en la cara y en el cuerpo, que tenía los caracteres de la roseola sifilítica. Aquello no podía explicarse más que por la vacuna, y hecho el análisis del pus, se encontró en él una gran cantidad de estreptococos. La forunculosis se acentuó y la niña fué tratada por el procedimiento clásico. Al año volvió á presentarse otro forúnculo con iguales erupciones, volviendo á mejorar el estado de la niña después de haberse empleado los tratamientos propios. A los tres años tuvo otro ataque forunculoso, que fué tratado con la levadura de cerveza. La niña se encontraba absolutamente sana.

Se trata, pues, de un caso de infección estreptocócica por la vacuna, por cuya razón el Dr. Tolosa estima muy oportuna lo comunicación del doctor González Alvarez, porque llama la atención acerca de las precauciones que deben adoptarse en cuanto se refiere á la vacunación, estando conforme con dicho señor en los peligros que entraña la vacuna directa de la ternera al brazo.

Profilaxis tuberculosa. — El Dr. *Hernández Briz* manifiesta que esta cuestión tiene dos aspectos; el primero lo constituye la lucha contra el esputo, ó sea la destrucción del germen, sin el cual no puede haber tuberculosis, como lo prueban aquellos parajes á donde aún no ha llegado la semilla, según ocurrió en Mogador, en donde, según había manifestado el Dr. Larra, no se había conocido la tuberculosis hasta una época reciente, y que, por su parte, él puede citar un pequeño pueblo, Pequerinos (Avila), enclavado en la cordillera Carpetovetónica, en el cual no existe la tuberculosis, pero que desgraciadamente en todos los países á donde se ha llevado la semilla, ha germinado, sin que haya ninguna edad refractaria á este padecimiento, que ataca á todos los tejidos de la economía.

El segundo punto de vista, que aún cree de mayor importancia, es el terreno, es decir, cuanto tiende á hacer estéril el organismo humano para que no pueda germinar en él la tuberculosis, lo que se consigue vigorizando la

raza, excitando las resistencias orgánicas y haciendo que ésta sea más perfecta.

Que la lucha para hacer inmune el terreno debe comenzar desde el nacimiento del niño y aun antes, empezando por combatir el alcoholismo y la sífilis, puesto que los hijos de padres alcohólicos y sifilíticos nacerán débiles y raquíticos. Que conviene instruir á todos en este asunto, empezando por las escuelas y colegios, por medio de cartillas y libros. Que hay que poner gran cuidado en combatir las enfermedades *tuberculíparas*, tales como el sarampión, la coqueluche y la gripe, porque en la convalecencia el organismo está en condiciones abonadas para el desarrollo de la tuberculosis y muchos convalecientes mueren por esta última enfermedad ó por meningitis cerebrales.

Respecto á la cura de montaña, manifestó que el terreno de nuestra península es á propósito para obtener todos los climas apetecibles, y aun sin salir de la provincia de Madrid, entre Peña Lara y la confluencia del Tajo y el Algodor, hay una diferencia de 2.000 metros de nivel.

Que las alturas de 1.000 á 1.300 metros es la mejor, porque la respiración es más amplia, la oxigenación de la sangre mejor y el acto respiratorio mejor estimulado, y que en nuestra provincia tenemos pueblos, como Miraflores y Galapagar, emplazados en alturas de 1.000 á 1.300 metros.

Que por la situación de la sierra de Guadarrama, con exposición al Mediodía, los rayos extravioleta son muy numerosos, tanto que las placas fotográficas necesitan la mitad de exposición que en Madrid, y que no necesitan encarecerse estas ventajas, pues que de todos es conocido el extraordinario poder mineralizador de la luz, así como también su gran poder tónico.

Que otro factor importante es la radio-actividad de la atmósfera, que es el secreto de los efectos tónicos que ejercen las alturas en el organismo, y que otro de los elementos es el suelo y la vegetación que, embalsamando el aire, le hacen más tónico. Cualidades todas que reune en alto grado la sierra de Guadarrama, en la cual pueden aprovechar los enfermos el verano y casi todo el otoño.

Concluye el Dr. Hernández Briz señalando el saludable influjo que la vida en El Escorial ejerce sobre los niños enfermizos, pues que á los pocos días de residencia mejora considerablemente su estado de nutrición, por lo cual afirma que los estados pretuberculosos se corrigen mejor con la vida de montaña que con todas las drogas que puedan administrarse á los enfermos.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 14 de Febrero de 1906.

Convulsiones de los niños en el curso de la gripe.—El Dr. Benítez: Yo creo que no sólo los casos extremadamente raros deben discutirse en estas Academias, sino también aquellos que en la práctica diaria nos vemos precisados á diagnosticar, pronosticar y tratar con prontitud.

Voy á referirme á dos enfermitos que en el curso de sus respectivas

afecciones sufrieron de accidentes convulsivos que pudieron hacer temer un desenlace rápido y fatal.

La niña A., de cuatro años de edad, en noviembre de 1904, padeció una infección gripal que principió con síntomas laringotraqueales catarrales y fiebre elevada, y del tercero al cuarto día una serie de ataques convulsivos subintrantes que hicieron temer á algunos compañeros fueran la expresión de una meningitis. Dos días después la niña estaba casi curada; las convulsiones no volvieron á repetirse.

El niño B., de tres años, que en diciembre del pasado 1905, y en el curso de la gripe de forma gástrica, padeció al cabo de unos días de enfermedad, un ataque convulsivo que hizo pensar en la meningitis, también curó al poco tiempo, sin que la crisis convulsiva repitiera.

He citado estos dos casos, porque siendo frecuentes las convulsiones en los niños, se ha observado que, precisamente en los griposos, pocas veces las padecen, probablemente porque, á pesar del predominio de su sistema medular sobre el cerebral, ejercen las toxinas gripales sobre el sistema nervioso una acción deprimente muy digna de tenerse en cuenta, como dice Astros.

Comby ha dado á conocer cuatro casos de convulsiones, únicos observados por él entre más de 200, el invierno del 89 al 90, y cinco entre algunos más, el año 95, y otros autores siguen enumerando más; pero si bien acusan una proporción mayor de la que puede deducirse de la estadística anterior, siempre resultan escasas. Creo, sin embargo, que una detenida y continuada observación, podría demostrar que este número es algo mayor de lo que se ha pretendido hasta la fecha.

Interesa, desde el punto de vista de práctico, hacer rápidamente el diagnóstico diferencial de estas convulsiones con las sintomáticas de las meningitis. En aquéllas, el período prodrómico es más corto, dos ó tres días de enfermedad nada más, en el curso de la que, bruscamente estalla el ataque, lo que también la diferencia del que anuncia una fiebre eruptiva ó una neumonía, por ejemplo, porque en estos casos se presentaría al principio de la enfermedad como expresión de un calofrío.

El estado comatoso entre las crisis convulsivas es menos acentuado que en la meningitis, y las crisis se suelen suceder una, dos y, en pocas ocasiones, más veces, para cesar definitivamente y, por regla general, seguir la gripe su curso natural y recuperar el enfermito su salud, como afortunadamente sucedió á los dos que acabo de referirme.

El tratamiento que seguí en los momentos de las crisis convulsivas le reduje á la inhalación de algunas gotas de cloroformo y baños generales templados. El Dr. Habert, en su tesis del pasado año, al tratar de este asunto, aconseja las envolturas húmedas frías.

El Dr. Sarabia: El asunto es de mucho interés por la mucha importancia de la gripe. Cada enfermo griposo es un nuevo caso á estudiar, pues es una enfermedad de manifestaciones múltiples, y un mismo enfermo las puede tener en todos sus aparatos y, con frecuencia, en el sistema nervioso, como en los dos casos referidos por el Dr. Benítez.

La patogenia de las convulsiones en la gripe es aún algo obscura, por tener el bacilo de Pfeiffer una evolución rara y caprichosa, según el orga-

nismo que ataca. Yo también creo que esos ataques no son tan raros; yo he visto en consulta otros dos que, desgraciadamente, sucumbieron. A mi juicio, la toxina gripal no es sedante, sino que tiene una acción vasodilatadora tóxica cerebral que explica los trastornos referidos en los casos del Dr. Benítez, que pudiera tal vez ser expresión de falso meningismo. El pronóstico fué leve en los del Dr. Benítez, y de muerte en los míos.

El Dr. *Cospedal* dice que no interviene en la discusión con otro objeto que el de añadir un nuevo caso á los expuestos por el Dr. Benítez. Se trata de una niña que sufría una infección gripal, y en el curso de ella tuvo un ataque convulsivo, por el cual é incidentalmente, la visitó.

Ocho ó diez meses más tarde, volvió la niña á sufrir de nuevos ataques acompañados de fiebre, y, según sus noticias, el diagnóstico fué de meningitis tuberculosa; la niña, después de un mes más de enfermedad, curó por completo. No sabe si será una remisión de la meningitis tuberculosa; pero no cree que tiene esta forma, sino que sea una forma gripal.

El Dr. Benítez: Las crisis convulsivas de mis enfermitos fueron de algunas horas de duración, en la niña, generales, con predominio del lado derecho; en opistótonos, y como retorcido, todo el cuerpo sobre su propio eje, con desviación conjugada de los ojos hacia la izquierda, pupilas contraídas, respiración desigual y estertorosa y pulso difícil de estudiar.

La pérdida absoluta del conocimiento, la mordedura de la lengua y la espuma sanguinolenta que arrojaban por la boca, daba á estos niños atacados, de las que no dudaré en llamar genéricamente convulsiones, el triste y horripilante aspecto clínico que hizo formular á personas ilustradas más de un diagnóstico y pronóstico diferentes y más pesimistas al que yo me atreví á hacer.

No dejo por esto de comprender que, aunque no fuera más que debido á la intensidad y duración de las convulsiones, peligró la vida de estos niños, y que el pronóstico favorable que generalizando puede hacerse, pudo también, como algunas veces sucede, llegar á no confirmarse. Además, el grado de intoxicación, ya sea verdadera meningitis, ya sea gripal ó de diferente origen, son factores que deben tenerse en cuenta para hacer el pronóstico.

El caso referido por el Dr. Cospedal es interesante por tratarse de convulsiones tan repetidas y que, sin embargo, parece son debidas á una infección gripal, y de ningún modo á un proceso meníngeo tuberculoso.

Algunas observaciones sobre el empleo del fluoroformo en la tos ferina.—El Dr. *Sarabia* dice que hace siete años se ocupó en esta Academia del empleo del clorhidrato de fenocol en la tos ferina. Hoy se aplica con profusión y en diferentes formas, pareciendo ser el medicamento universal.

En la actualidad parece tener grandísima importancia el fluoroformo, por lo mucho que se emplea después de las observaciones de Stepp en Alemania. Yo no lo he estudiado más que en 17 casos hasta la fecha.

En mi juicio, tiene una acción muy semejante al bromoformo, pero sin los peligros de éste para su administración. En los casos de poca intensidad, ocho á diez ataques, he observado que disminuye el número, pero no la intensidad. El agua fluoroformada no es profiláctica de las infecciones gastro-intestinales, ni de las bronquitis secundarias, ni ofrece los bue-

nos resultados que el clorhidrato de fenocol, pero es un buen auxiliar suyo por su acción sedante.

En los casos de hemorragias de complicación no he observado que éstas cedan, pues los ataques, si bien se distancian, su intensidad no se amortigua como con el clorhidrato de fenocol.

Da cuenta á la Acadamia de sus observaciones, porque éstas no son tan optimistas como asegura Stepp, y es preciso determinar el verdadero valor terapéutico de este agente para no confiar tanto en la eficacia, y entregados á él, perder á veces la oportunidad profiláctica de complicaciones y la indicación sedante y antiséptica que son fundamentales cumplir en el tratamiento de la tos ferina.

Deduce de las observaciones de esos diecisiete casos tratados por el agua fluoroformada, las siguientes provisionales conclusiones:

1.° Puede ser sucedáneo del bromoformo con la ventaja de ser menos peligroso en su empleo.

2.° Calma el número de ataques de tos convulsiva, pero no su intensidad, no siendo, por lo tanto, profiláctico de las complicaciones de orden mecánico en la tos ferina.

3.° Es menos sedante y antiséptico que el fenocol.

4.° En los casos de poca intensidad y sin complicaciones, su indicación es precisa, porque es sedante y no determina perturbaciones cardíacas.

5.° Debe reservarse para ser auxiliar del fenocol en el período de declinación de la tos ferina, para ayudar su acción cuando el hábito medicamentoso se manifiesta después de usar largo tiempo aquel medicamento.

No se conoce, dice, un medicamento de acción etiológica y patogénica positiva en el tratamiento de la coqueluche; hoy la terapéutica es forzosamente sintomática, y ante el estado actual del tratamiento de esta enfermedad, estamos autorizados á ensayar cuanto se crea eficaz en su acción. Por eso he tratado de valorar el poder terapéutico del agua fluoroformada desde que conocí las publicaciones hechas respecto de su empleo, y de su estudio doy cuenta á la Academia en las anteriores conclusiones, que no autorizan, por ahora, injustificados entusiasmos, aunque sí á aceptar este medicamento como de acción sedante, útil en el tratamiento de la tos convulsiva en general.

El Secretario de actas,
DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Distocias fetales.—El Dr. Mascaró Isern da cuenta en la *Gaceta Médica Catalana* de dos casos clínicos:

En uno de ellos se trataba de una mujer multípara; todos sus alumbramientos fueron espontáneos, incluso el último, con presentación de nalgas. Hacía cuatro días se había iniciado el trabajo del parto con rotura prematura de la bolsa amniótica; cuando el período de dilatación, que fué sumamente lento, se completó, y habiendo notado la procidencia de dos ex-

tremidades, se intentó la extracción, primero por versión y luego con el forceps, cuyo instrumento les fué imposible articular. Cuando vió á la enferma tenía fiebre (39°); por el tacto pudo apreciar signos de incipiente putrefacción del feto, que ofrecía presentación del vértice (1.ª posición), con procidencia de su mano izquierda hasta el antebrazo, pié derecho y cordón, todo fuertemente encajado en el estrecho superior.

Sus primeros esfuerzos se dirigieron á intentar la versión, pero la cabeza fetal estaba encajada con tal firmeza, que no me fué posible elevarla. Aunque con pocas esperanzas de éxito, apliqué luego el forceps que, en en estos ejemplos, ofrece seria dificultad, pues los miembros procidentes constituyen verdaderos estorbos y con facilidad quedan entre la cuchara del instrumento y la cabeza fetal, cosa que, como es lógico suponer, hay que evitar á todo trance; consiguió articular el forceps, mas después de algunas tracciones convencíme de la inutilidad de ellas, ya que la cabeza permanecía completamente inmóvil. Los miembros procidentes, obrando á guisa de cuñas, y la putrefacción del feto aumentando, tal vez, su volumen, fijaban de tal suerte la parte presentada, que era absolutamente imposible moverla. Practicó entonces la craniotomía con el perforador de Blot, siendo luego muy fácil remontar la cabeza fetal, disminuída de volumen, y terminar la extracción rápidamente mediante versión podálica.

En otro caso muy análogo al que acaba de referir tuvo ocasión de intentar también dichas operaciones con resultado asimismo negativo, acordando entonces con otro compañero terminar por la crianiotomía y versión.

De lo referido se puede deducir que las presentaciones de vértice con procidencia de un miembro superior y otro inferior, no son tan excepcionales como por algunos se supone y que no siempre son debidas á intempestivas manipulaciones, sino que pueden ser extemporáneas, aunque espontáneas, constituyendo distocia gravísima, sobre todo cuando se interviene tardíamente. Claro está que al principio de iniciarse el trabajo del parto sería fácilmente posible la reducción de los miembros procidentes ó la elevación de la cabeza fetal y la versión podálica; pero, cuando completada la dilatación del útero y abandonada la mujer, se deja que las contracciones uterinas algo enérgicas vayan empujando la parte presentada hacia abajo, quede ésta tan sólidamente fijada, que es absolutamente imposible moverla, y hay que terminar la extracción por reducción de volumen de la cabeza fetal y versión. No ha tenido ocasión de observar hechos análogos con feto vivo, mas, en tales casos, se decidiría sin vacilar por la sinfisiotomía, operaciones que, ampliando momentáneamente la pelvis, permitirían la aplicación de forceps ó la versión podálica, garantizando la vida de la madre y del feto.

La distocia por hidrocefalia es relativamente rara, pues sólo se observa en la proporción de una vez por cada 3.000 partos.

Tuvo ocasión de ver un caso notable. Tratábase de una mujer multípara, de temperamento eminentemente linfático y constitución endeble, sin otros antecedentes dignos de mención. Se presentó el parto á término, con presentación de nalgas, verificándose la expulsión del tronco con bastante rapidez; la comadrona, única persona que asistía á la parturiente, practicó algunas tracciones con el fin de conseguir la extracción de la cabeza; pero

siendo infructuosas, fué llamado el ilustrado médico de Badalona, Dr. Soler y Badía, que intentó la maniobra de Mauriceau, que no llevó á efecto porque el mentón estaba dirigido hacia delante y no le fué posible conseguir la rotación de la cabeza; aplicó luego el forceps que, por la separación grandísima de sus mangos, le hicieron presumir la existencia de una seria anomalía por parte de la cabeza fetal, formulando el diagnóstico probable de hidrocefalia. Cuando el Dr. Mascaró vió á la enferma, habían transcurrido tres horas y media de la completa expulsión del tronco. Lo primero que llamaba la atención era el volumen exagerado del vientre de la mujer, contrastando con el exiguo desarrollo de la gran porción fetal que se veía al exterior. Practicado el tacto manual y confirmado el diagnóstico de su compañero, introdujo acto continuo el gancho romo con la mano izquierda, guiándolo con la derecha, hasta llegar á la sutura occipitoparietal del lado izquierdo, donde practiqué una abertura con suma facilidad, en razón á la vasta separación de los huesos del cráneo y á la presión ejercida de dentro á fuera por el líquido, el cual se escapó rápidamente, y al cabo de un instante extrajo velozmente la cabeza fetal. No practico la sección de la columna vertebral y la introducción de una sonda en el conducto raquídeo, como aconsejan algunos autores, pues considero el procedimiento excesivamente lento, y en estos casos opino que hay que procurar siempre la rapidez. La perforación de la cabeza del feto por su base, como algunos han practicado, la considero difícil y peligrosa de ejecutar. En cambio, el procedimiento seguido ofrece las ventajas de ser rapidísimo, sin peligros y siempre fácil de ejecutar.

Encargó al Dr. Soler y Badía que recogiera algunos datos relativos al feto, y vió que el líquido contenido en la cavidad craneana era próximamente de unos *dos mil doscientos cincuenta* gramos, y que, á haberlo podido medir con más exactitud, cree hubiera rebasado esta cantidad. La circunferencia de le cabeza medía *cincuenta* centímetros, y el diámetro occipitomentoniano máximo *cuarenta* centímetros. La parturiente no tuvo el más pequeño movimianto febril.

Paraplegia por toxihemia urinosa; curación por medio de la uretretomía interna.—El Dr. Rosendo de Grau publica en los *Archivos de terapéutica de las enfermedades nerviosas y mentales*, de Barcelona, el caso clínico de un individuo de cincuenta años, maquinista de servicio en la Compañía de ferrocarriles de M. Z. A., en cuya anamnesia figura una blenorragia de larga duración padecida en la juventud.

Desde cinco ó seis años antes de consultarme, había notado dificultad en la micción; el chorro, disminuído de calibre, no tenía la impulsión normal y, alguna vez, hubo retenciones casi completas. Al cabo de algún tiempo de iniciados estos fenómenos empezó á sentir debilidad en ambas piernas, la cual se fué acentuando hasta el punto de hacerle imposible el ejercicio de su profesión, pues no podía soportar prolongada estancia de pié.

El enfermo caminaba á duras penas, arrastrando los piés, apoyado en el brazo de su acompañante y en recio bastón; el semblante denotaba estupidez; la mirada vaga; la palabra lenta y torpe; estado amnésico bastante acentuado y tendencia al sopor. Sensibilidad tactil disminuída en ambos

piés; la térmica y la dolorosa normales en toda la superficie del cuerpo explorada. Disminución de la potencia muscular muy graduada en las dos piernas. Reflejos cutáneos plantares disminuídos; los tendinosos rotulianos normales. No había atrofia muscular, trepidación epileptoide, ni dolores en el raquis ni en la cintura, pero sí algo de cefalalgia gravativa. La lengua estaba saburral. No había fiebre. Fueron claramente apreciadas dos estrecheces en la porción membranosa de la uretra.

Estaba inapetente y, algunas veces, febricitante, que las cámaras eran perezosas y que, cuando aumentaban las dificultades para la micción, se acentuaban los fenómenos parésicos y se agravaba el estado general.

Se le practicó la uretrotomía interna con éxito por todos conceptos tan completo, que al cabo de un mes recibí la visita del operado, el cual se hallaba libre de todo sufrimiento.

Etienne considera á estas paraplegias como enfermedad rarísima; de ahí que decidiera hacer público el caso, por si en realidad constituye uno más que sumar á los pocos que hay registrados en los anales de la ciencia médica.

Aceptando, pues, el presente caso como neuropatía de origen urinario (tal vez no debe calificarse de paraplegia urinaria á pesar de haber sido la paresia de las extremidades inferiores el fenómuno inicial y la nota dominante del cuadro de síntomas, porque al someterse el caso á nuestra observación, existían otros de índole cerebral claramente dibujados), se ocurre preguntar: ¿cuáles fueron los factores que en su producción intervinieron?

En algunas observaciones de casos de la índole del presente, originados unos por litiasis renal, por pielonifritis otros, y otros por procesos uretrovesicales, se han invocado al acomodaticio reflejismo, el estado congestivo de la parte baja de la médula, y hasta la mielitis más ó menos difusa, pero ligera, como explicativos de la paresia de las extremidades inferiores.

En el caso que relatamos cree que la uremia por retención intervino, si no como elemento único, por lo menos en alto grado en la producción de los fenómenos enumerados.

Efectivamente, dice el Dr. Grau, desde el momento en que el canal de la uretra fué rehabilitado para su funcionalismo, y la vejiga pudo utilizar sus contracciones para quedar libre del remanente de líquido urinario que, desde largo tiempo, en mayor ó menor grado la agobiaba, la inteligencia recobró la normal lucidez, renacieron las energías volitivas, desaparecieron la soñolencia y la cefalalgia, se limpió la lengua, y si bien la paraparesia fué más lenta en su desaparición, sin embargo, en el relativamente corto plazo de un mes, quedó sólo en el paciente el recuerdo de su existencia. Si con respecto á la anamnesis del paciente no nos hubiéramos podido procurar datos tan explícitos y concretos, atendiendo al modo como se recobró la salud, no titubearíamos en hacer responsable de todas las anormalidades observadas á la toxihemia urinosa; pero el hecho de que los fenómenos paralíticos existieran durante meses y años sin que aparecieran, como ocurrió después, otros fenómenos difusos, nos impide negar la intervención de otro ú otros factores en la génesis del mal.

Pleuresía purulenta terminada por vómica; curación. — El Dr. D. Isidoro Martínez y Roig, refiere el siguiente caso en *La Medicina de los niños:*

«Más que la importancia del caso, la rareza con que se presenta en la práctica, me induce á reseñar ligeramente esta historia clínica.

No es, en verdad, frecuente observar la evacuación espontánea de una colección purulenta de la cavidad pleurítica á través de las vías aéreas; en primer lugar por la mayor tendencia del derrame á comprimir la pared torácica dando lugar á la formación de un abombamiento de la misma (1) y á la producción de un empiema necesitatis, y en segundo lugar porque el médico, con conocimiento del proceso, generalmente se apresura é intervenir, sea con punciones repetidas ó practicando la pleurotomía ó la operación de Estlander, según lo requiera la naturaleza del caso.

Según Comby, la señorita Ana Finkelstein, en 256 pleuresías purulentas ha observado 18 veces la terminación por vómica y 33 la abertura al exterior á través de la pared torácica. Es menos frecuente aún la irrupción del pus hacia la región lumbar y la penetración á través del diafragma en la cavidad peritoneal y en el estómago; también es rara — afortunadamente, pues su extrema gravedad salta á la vista — la irrupción del pus hacia el pericardio.

Aunque de todos los caminos que el pus puede seguir para salir de la pleura al exterior, el más favorable, exceptuando la abertura quirúrgica de la colección á través de la pared torácica, es hacia el pulmón y los bronquios; no deja de tener esta terminación sus peligros, porque al realizarse puede venir la muerte por asfixia, y además en muchos casos, sólo produce una curación parcial por verificarse la evacuación por puntos demasiado altos y vaciarse sólo una parte del pus, quedando restos del exudado en la pleura, de suerte que, á pesar de los esfuerzos de la naturaleza, el médico se ve precisado á intervenir más adelante para limpiar completamente la cavidad pleurítica.

No ha sucedido así en nuestra enferma, pues la curación ha sido espontánea y total. He aquí el caso:

Se trata de una niña, M. T., de cuatro años, sin antecedentes hereditarios patológicos, primera hija, nacida á tiempo y sin ningún trastorno en el período de la lactancia, que fué materna, ni en el destete.

A los tres años y medio tuvo el sarampión bastante grave, y al decir de la madre, no quedó bien, toda vez que estuvo mucho tiempo sin apetito, con tos, y de vez en cuando tenía calentura.

A los dos meses del sarampión tuvo la coqueluche, y en el curso de la misma se le desarrolló una neumonía en el lado derecho, de la que mejoró, pero no curó bien tampoco, según relato de la madre, pues desde entonces fué adelgazándose, perdiendo fuerzas y tosiendo; esta tos le producía accesos de sofocación y pasaba, sobre todo por las tardes, horas con mucha fiebre, todo lo cual le produjo la gran demacración en que la ví por vez primera.

Teniendo en cuenta los antecedentes apuntados y observando la disnea de la enfermita, la orientación diagnóstica me indujo á examinar en pri-

(1) Síntoma descrito la primera vez por Martínez Vargas.

mer lugar el aparato respiratorio. En el lado izquierdo del tórax, que aparecía algo abombado, pude observar, tanto en el plano anterior, como en el posterior, por la palpación, falta de vibraciones torácicas y ligero edema de la piel; por la percusión una macicez casi absoluta y por la auscultación una respiración sumamente débil, siendo el murmullo vesicular en algunos puntos imperceptible. Aunque no pude apreciar con claridad el síntoma de Baccelli, ó pectoriloquia afona, diagnostiqué, no obstante, la existencia de un derrame pleurítico, cuyo límite superior llegaba á la fosa infra-espinosa, por detrás y por delante al nivel del tercer espacio intercostal; lo califiqué de purulento por los antecedentes recogidos, pues á la punción exploradora se opuso la madre resueltamente.

Visto el caso aconsejé la intervención, que de momento fué rechazada, pretextando la necesidad de consultarlo á la familia; quizás para poner antes en práctica algunos de estos *remedios heróicos* que se reservan para casos apurados y que nunca faltan en casa de alguna de las comadres de la vecindad.

Así pasaron algunos días, al cabo de los cuales fuí llamado con urgencia. La enfermita, después de pasar una noche muy agitada, había tenido unos accesos de tos fuertes, sofocantes, durante los cuales arrojó por la boca y por la nariz abundante cantidad de pus. Al día siguiente, tosiendo también, expulsó otra porción, no tan grande, de líquido purulento de olor bastante fétido, como en el día anterior.

Fué sometida la enferma á inhalaciones medicamentosas por medio de vapores en la habitación, con eucaliptos y esencia de trementina; se prescribió el creosotal al interior, tónicos, leche y reposo absoluto; la enferma se fué animando, adquirió fuerzas, y al paso que su estado general mejoraba, los signos físicos iban desapareciendo; se percibieron las vibraciones torácicas, la macicez iba cediendo, el murmullo vesicular se distinguía, y una ligera retracción del costado derecho del tórax se iniciaba. Los accesos febriles, que alcanzaron temperaturas de 40°, precedidos de escalofríos, desaparecieron por completo.

Actualmente, después de dos meses de la expulsión del pus, la niña se halla restablecida».—SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 6 de Febrero de 1906.

Emigración y salud pública.—Los Dres. CHANTEMESSE y BOREL: Se trata de un hecho que deseamos poner de relieve. En ciertos vapores franceses hay médicos extranjeros, comisionados por sus Gobiernos, que cuidan de

la policía sanitaria de sus emigrantes. Tanto es así, que los Estados Unidos é Italia han impuesto á nuestras compañías para el transporte de los emigrantes, condiciones que deben llenar, so pena de correctivo, y los emigrantes extranjeros tienen derecho, á bordo de los vapores franceses, á un tratamiento de favor, al cual no pueden aspirar nuestros nacionales. El consul de los Estados Unidos en el Havre, con su reglamento en la mano, obliga á las compañías de navegación á retener durante cinco días, cuando menos, en el puerto, á los emigrantes que proceden de países donde existe el cólera.

Resulta, pues, muy extraño, que tomemos tantas precauciones para la salud de los Estados Unidos y no tomemos ninguna para la nuestra.

Es necesario, pues, organizar la emigración desde el punto de vista sanitario. Para los europeos la vigilancia podrá no ser rigurosa, pero, en en cambio, deberá serlo, y además permanente, para los emigrantes orientales. Además de las medidas tomadas para la visita médica y la desinfección, resulta necesario reducir al mínimum el contacto de tales viajeros con el país, y, en consecuencia, es necesario crear campamentos en Marsella, donde se puedan reunir estos emigrantes y enviarlos directamente á los puertos de embarque, sin que puedan detenerse en el curso del viaje. Llegados al puerto los emigrantes de todas las regiones que no pudieran embarcarse inmediatamente por falta de sitio, deberían ser conducidos á un campamento donde se retendrían permanentemente aquellos cuyo estado general ó la procedencia fueren sospechosas; los otros, después de una visita médica rigurosa, serían autorizados para habitar en ciertos hoteles de la población, sometidos á una vigilancia médica diaria. En dicho campamento es en el que deberían permanecer los emigrantes de países contaminados de cólera, á los cuales los Estados Unidos imponen una cuarentena primitiva de cinco días antes del embarque. La necesidad de estas instalaciones es urgente en el Havre.

El Dr. Labbé: Por la emigración estamos expuestos á peligros que no corre otra nación. El medio preconizado por el Dr. Chantemesse me parece que exige modificaciones en los reglamentos que están en vigor.

Mortalidad tuberculosa en Francia y en Alemania.—El Dr. Monod: Aunque la estadística no tiene los defectos que le ha asignado en la sesión anterior el Dr. Landouzy, es indudable que puede modificarse ventajosamente. En cuanto á la desinfección, si no es obligatoria después de la muerte por tuberculosis, es porque la Academia no ha incluído esta enfermedad entre aquellas cuya declaración es obligatoria; por lo tanto, á está Academia corresponde tomar la iniciativa de dicha modificación.

El Dr. Fernet: Creo que no preocupa bastante, y ni se la da toda la importancia que tiene, la etiología de la tuberculosis.

El Dr. Chauvel: Soy opuesto á la declaración obligatoria de la tuberculosis, puesto que no corresponde al papel del médico instituir obligaciones legales. Por lo demás, la frecuencia de las enfermedades sometidas á la declaración no ha disminuído desde que esta declaración es la regla. La desinfección creo, en cambio, que es útil.

El Dr. Landouzy: Es de pensar que el tuberculoso vivo es más peligroso que el tuberculoso muerto, y, por lo tanto, la desinfección debe practicar-

se, no sólo después de la muerte, sino especialmente durante la vida del enfermo.

El Dr. Chauffar: Nada mejor que ver desinfectar alrededor de los tuberculosos, pero creo que ya sería un éxito conseguir la desinfección obligatoria después de cada defunción por tuberculosis.

El Dr. Robin: Mucho se ha prolongado este debate, pero deseo, antes que se termine, dejar bien consignado que la comparación de las dos estadísticas no demuestra, al contrario de lo que se ha pretendido, que nuestra situación, desde el punto de vista de la tuberculosis, es peor que la de Alemania. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Febrero de 1906.

Tratamiento de los quistes hidatídicos hepáticos. — El Dr. *Quénu* dijo que la supuración espontánea de los quistes hidatídicos del hígado no operados, es un fenómeno frecuente. Depende, según toda probabilidad, de la ruptura de los conductillos biliares próximos á la bolsa. Las propiedades sépticas ligeras de la bilis en la mayor parte de los casos, explica por qué esta supuración de los quistes del hígado evoluciona en general sin síntomas alarmantes y quede casi siempre ignorada; explica también la curación fácil de estos quistes, después de la simple punción ó de la incisión, seguida de sutura sin desagüe, como ocurrió en el caso del Dr. Reclus y en dos observados por él.

La estadística de quistes hidatídicos del hígado tratados por el Dr. Quénu, comprende 26 casos: en 3 practicó la extirpación completa ó incompleta del quiste; en 5 la marsupialización (de éstos murieron 2 operados *in extremis*), y en 18 la incisión seguida de sutura, obteniéndose 11 veces éxito completo, 1 incompleto y 6 fracaso completo. Estos últimos 6 enfermos curaron al fin después de varias semanas de tratamiento.

Cree el Dr. Quénu que los cirujanos deben publicar sus estadísticas para negar la afirmación del Dr. Marion, de que la reducción de los quistes hidatídicos del hígado, después de su incisión y sutura, es un método defectuoso que expone no sólo á fracasos sino á desastres.

Curación de los quistes hidatídicos hepáticos por la inyección de algunas gotas de formol concentrado. — El Dr. *Chaput* dijo que en junio de 1904 tuvo ocasión de operar á un enfermo que tenía varios centenares de quistes hidatídicos del abdomen, de ellos 20 más gruesos que una nuez. Principió por extirpar é incindir una decena de estos quistes; después, convencido de que no podría extirpar los 10 restantes, inyectó en ellos 20 gotas de una disolución de formol al 40 por 100. Inyectó, además, con la misma disolución 3 quistes del cordón espermático. Al año siguiente los quistes del cordón estaban curados; los del vientre se encontraban en distinto estado que la vez primera. El enfermo tenía además un quiste de la pared torácica que fué inyectado con formol y curó. Los quistes del abdomen fueron esta vez incindidos y vaciados.

El Dr. Chaput ha hecho también estas inyecciones, con ó sin laparotomía, en 4 enfermos que padecían quistes hidatídicos del hígado, que curaron todos sin recidiva.

La técnica de estas inyecciones es sencillísima: con una jeringa de Pravaz, provista de una aguja raquidiana de Tuffier, se punza el quiste bien á través de la piel ó después de practicada la laparotomía; se extraen 1 ó 2 centímetros cúbicos de líquido hidatídico y se inyecta la misma cantidad de la disolución de formol al 40 por 100; después se aplica un vendaje de cuerpo que comprima bien y se hace al enfermo guardar cama durante cuarenta y ocho horas.

La sencillez de la técnica y la eficacia del tratamiento, son motivos que obligan al Dr. Chaput á recomendar este método en los enfermos pusilánimes que temen someterse á la laparotomía.

El Dr. *Potherat* manifestó que el procedimiento del Dr. Chaput es una aplicación del método aconsejado por Baccelli. Lo único que difiere es la naturaleza del líquido que se emplea; Baccelli recomendaba el sublimado y Chaput recomienda el formol.

El Dr. *Quénu* hizo suyas las observaciones del Dr. Potherat. Manifestó, además, que algunos centímetros cúbicos de una disolución de formol, aun concentrada, inyectados en el interior de un quiste hidatídico, son á su juicio insuficientes para esterilizarle. El Dr. Devé, que había ensayado ya el formol á estas mismas dosis, ha comprendido que es preciso inyectar 100 á 150 centímetros cúbicos de la disolución formolada para que la inyección sea eficaz.

El Dr. *Broca* dijo que había observado también un quiste hepático que supuró espontáneamente: se le diagnosticó de absceso costal frío.

Pancreatitis crónica. — El Dr. *Segond* narró el el caso seguiente, análogo al referido en la sesión anterior por el Dr. Terrier:

El enfermo, de cincuenta y cuatro años, padecía desde algún tiempo antes crisis hepatogástricas más ó menos intensas, pero que no tenían los caracteres típicos de los cólicos hepáticos, é iban acompañadas de abscesos febriles fuertes, pero sin ictericia marcada. La primera laparotomía practicada por Wiglie, en 1886, fué sólo exploradora, porque el operador americano no consiguió descubrir ni la vesícula ni las vías biliares. A consecuencia de esta intervención el enfermo se encontró bien durante algún tiempo, pero después las crisis se reprodujeron cada vez con más intensidad.

El Dr. Segond fué llamado para ver á este enfermo en septiembre último. La exploración de las vías biliares fué dificilísima, pero consiguió encontrar en la profundidad un foco biliar que punzó algo á ciegas, guiándose por el dedo, y que desaguó. El enfermo obtuvo un gran alivio; la ictericia, la fiebre y los dolores desaparecieron, recobrando el apetito y las fuerzas, pero la mejoría fué transitoria. Un mes después volvieron á presentarse los mismos accidentes, pero con intensidad progresiva. El Dr. Terrier, llamado en consulta, diagnosticó pancreatitis crónica, ateniéndose al resultado del examen de los excrementos y de la orina, y aconsejó una nueva intervención.

La operación fué practicada en diciembre último por el Dr. Segond, quien observó efectivamente que la cabeza del páncreas estaba endureci-

da, de color gríseo, y comprimía el colédoco dificultando el curso de la bilis. La vesícula biliar se hallaba reducida á un núcleo pequeño y duro, y el hígado, muy atrofiado, sólo estaba representado por una especie de «lámina hepática». Fué preciso limitar la intervención al desagüe de la vesícula y del colédoco, cerrándose después el abdomen. El operado se encontró bien algunos días, pero murió de repente, sin síntomas alarmantes, indudablemente de insuficiencia hepática.

Tétanos sobreagudo consecutivo al uso profiláctico del suero antitetánico seco. —El Dr. *Reynier* leyó un informe sobre una observación dirigida á la Sociedad por el Dr. Lop.

Se trata de un hombre que se magulló los dedos medio y anular. El doctor Lop vió al herido una hora después del accidente. Con objeto de conservar los dedos magullados extirpó cuidadosamente las partes mortificadas, hizo un lavatorio minucioso con alcohol y después con sublimado, y espolvoreó la herida con suero antitetánico seco y pulverulento del Instituto Pasteur. Tres días después se levantó el apósito y se amputó el dedo medio espolvoreándose de nuevo la herida con un suero seco. A los dos días el enfermo fué dado de alta. Pero no habían pasado tres días cuando volvió á presentarse, quejándose de dificultad para abrir la boca y de disfagia. Aunque volvió á espolvorearse la herida con el suero antitetánico, que se asoció á inyecciones del mismo, á enemas de cloral, etc., los accidentes tetánicos siguieron una marcha rápida y el enfermo murió á las cuarenta y ocho horas.

Se citan varias observaciones análogas, es decir, que se han visto heridos ú operados á los que se hizo una inyección preventiva de suero antitetánico y que murieron de tétanos al poco tiempo (Bouglé, Dionys du Sejour, Peyrot, Percy, etc.). ¿Habrían padecido el tétanos estos enfermos sin la inyección preventiva? Nada lo prueba, pero sí está perfectamente demostrado que le padecieron después de ella. *Post hoc ergo propter hoc.*

Desea el Dr. Lop que la Sociedad de Cirugía resuelva el problema de si puede ó no continuarse empleando impunemente el suero antitetánico como preventivo sin peligro á matar á los enfermos. Por su parte, ha resuelto renunciar á la seroterapia antitetánica preventiva, como ha hecho con el suero gelatinizado.

El Dr. *Tuffier* cree que la observación del Dr. Lop no demuestra, en modo alguno, la ineficacia del suero antitetánico seco espolvoreado sobre las heridas. Es muy probable, en efecto, que el polvo del suero fuera absorbido por la gasa de la cura aplicada por el Dr. Lop y nada ó muy poca cantidad por la superficie de la herida. No es esto una pura hipótesis, porque la realidad del hecho ha sido demostrada hace mucho tiempo experimentalmente por el Dr. Preobajinski.

Cuanto á saber si deben suprimirse las inyecciones preventivas de suero antitetánico, en el caso en que tememos el tétanos, porque las inyecciones preventivas son susceptibles de provocarle, es una cuestión grave que parece difícil de resolver sin pruebas suficientes.

El Dr. *Bazy* apoyó lo manifestado por el Dr. Tuffier referente al suero seco. Cuanto á las inyecciones preventivas de suero antitetánico, aunque de cuando en cuando se citan casos en los que impidió la aparición ulterior

del tétanos, no se sigue de aquí que sea preciso renunciar á esta práctica profiláctica que no es perjudicial para el herido, y que además ha disminuído de un modo considerable los casos de infección tetánica en las clínicas hospitalarias.

El Dr. *Mauclaire* recordó haber referido un caso de tétanos consecutivo á una mordedura de caballo. Se hizo al enfermo una inyección preventiva de suero antitetánico, que no impidió se desarrollara el tétanos. El enfermo curó á beneficio de la desarticulación del hombro.

(*La Presse Médicale.*) — F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Febrero de 1906.

Difteria maligna complicada. — Los Dres. Weill-Halle y H. Lemaire: Hemos observado un niño que padecía difteria maligna, y que presentó síntomas de endocarditis desde el quinto día de la enfermedad. Murió seis días después á consecuencia de una asfixia que sobrevino de repente. Al practicar la autopsia se descubrió en el pulmón derecho un grueso infarto, que interesaba todo el lóbulo inferior de este órgano. Las cavidades cardíacas contenían sangre coagulada. Los coágulos eran cruóricos en el centro y fibrinosos en la superficie, y estaban adheridos á la pared ventricular. La rama inferior de la arteria pulmonar contenía un coágulo fibrinoso. El examen histológico del corazón demostró la existencia de endocarditis y de miocarditis. El coágulo de la arteria pulmonar contenía varios grupos de cocos. La trombosis cardíaca y la embolia pulmonar fueron debidas en este caso, principalmente á la difteria; quizás el factor auxiliar fuera una infección secundaria que se manifestó por eritema infeccioso de tipo escarlatiniforme.

Dos epidemias de alfombrilla. — Los Dres. E. C. Aviragnet y E. Apert: Hemos observado en nuestra clínica de niños una epidemia de alfombrilla que atacó sucesivamente á 10 niños convalecientes, casi todos de pecho. Uno de nosotros ha observado además en la práctica privada una epidemia de familia que atacó á 10 niños hermanos y primos hermanos. Estos 20 casos nos han permitido observar ciertas particularidades interesantes.

La incubación de la alfombrilla fué muy irregular en la epidemia de la ciudad; los casos se sucedieron con quince ó dieciséis días de intervalo en las siete generaciones de la enfermedad. El estudio de las condiciones de contagio en las dos epidemias han demostrado que la enfermedad es contagiosa bastantes días antes de aparecer la erupción.

Esta fué en ciertos casos escarlatinosa; por lo general consistió en manchas rosadas lenticulares, regulares y no agrupadas en segmento de círculo como en el sarampión, sino aisladas, de superficie aterciopelada y no rugosa; á veces, en los sitios en que la erupción era más intensa, existía un collar anémico alrededor de cada mancha. La erupción se desarrolló casi al mismo tiempo en todo el cuerpo, sin seguir la marcha descendente que

en el sarampión; evolucionó con gran rapidez casi siempre en tres días. Las más de las veces fué el primer síntoma; no hubo ni catarro prodrómico, ni vómitos, ni agitación, ni insomnio; el único síntoma fué una fiebre ligera que precedió doce horas á la erupción y coincidió con catarro gástrico moderado.

La temperatura se elevó casi siempre de un modo brusco á 38° el primer día, á 39 ó 40° el segundo, descendiendo á 38 ó 37° el tercero.

En la mayor parte de los casos no hubo infartos ganglionares; sólo se observó tumefacción ganglionar ligera en la tercera parte de los enfermos; uno de ellos tuvo un absceso retrofaríngeo.

La enfermedad fué muy benigna en la ciudad y en la mayor parte de los casos del hospital. No obstante, un niño de tres años murió á consecuencia de bronconeumonía desarrollada á la vez que la erupción; un niño de pecho que acababa de ser operado de empiema, y que al parecer se hallaba en vías de curación, murió también en un estado asfíxico á los pocos días de su alfombrilla. Estos casos, desarrollados en un medio nosocomial, en niños ya enfermos, no deben ennegrecer el pronóstico, en general muy benigno, de la alfombrilla.

El Dr. Netter: Creo, como los Dres. Aviragnet y Apert, que el diagnóstico entre el sarampión y la alfombrilla es en general fácil, siempre que se piense en esta última. El diagnóstico con la escarlatina es más difícil cuando la erupción afecta la forma escarlatiniforme; es preciso tener muy en cuenta las adenopatías casi constantes en los casos que he observado.

El Dr. Sevestre: La descripción de los Dres. Aviragnet y Apert no hace más que confirmar las anteriores. El estudio de varias epidemias me ha hecho fijar en quince á dieciséis días el período de incubación de la alfombrilla.

Acción del suero de los niños sanos ó enfermos sobre los glóbulos rojos del conejo.—Los Dres. *Lesné y Gaudeau* expusieron el siguiente procedimiento empleado por ellos para estudiar la acción del suero de los niños sanos ó enfermos sobre los glóbulos rojos del conejo: Se añade en una serie de tubillos á 5 centímetros cúbicos de una disolución de cloruro de sodio al 7 por 1.000 un número determinado de gotas de suero sanguíneo, y después, en cada tubo, una gota de glóbulos rojos de conejo previamente lavados. Esta mezcla se coloca durante dos horas en la estufa á 37°, se centrifuga luego y se averigua su capacidad hemolítica. En estado normal, la hemolisis principia con 4 gotas y se completa con 10 ó 12. El suero del niño contiene, por lo tanto, menos alexina que el del adulto. En estado patológico la capacidad hemolítica, normal en la difteria, aumenta después de la inyección del suero antidiftérico. En la alfombrilla esta capacidad sigue siendo normal; en el sarampión disminuye los dos días primeros de la erupción y se hace normal al tercer día. Es normal en la escarlatina y en el eritema escarlatiniforme, y disminuye en los eritemas polimórficos y seroterápicos.

Empiema bilateral.—Los Dres. *Variot* y *Esbach* presentaron un niño curado de pleuresía purulenta doble. La primera pleuresía derecha fué operada, resecándose una costilla. Ocho días después existía en el lado izquierdo otro derrame purulento con disnea tan intensa, que fué preciso practicar la ope-

ración del empiema. El niño mejoró, y en la actualidad se encuentra completamente curado. La pleuresía en uno y otro lado era de neumococos.

Paradoja de la albuminuria intermitente. — El Dr. H. Gillet: Parece paradógico ver curar una albuminuria intermitente preexistente, después de una escarlatina que produjo una albuminuria abundante, pero he observado un caso de este género. Hace algún tiempo, una niña de ocho años tuvo un ataque de nefritis, á consecuencia de la cual padeció una albuminuria intermitente, que cesaba por la posición horizontal. Cuando esta niña tenía doce años contrajo la escarlatina, á consecuencia de la cual quedó una albuminuria continua. Esta albuminuria cesó, desapareciendo también la intermitente. Puede, pues, afirmarse que la enferma curó por completo. A consecuencia de la escarlatina se desarrolló exostosis epifisaria femoral, y es de suponer que ejerció también una acción formatriz sobre los epitelios renales, igual que sobre las células cartilaginosas.—F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 13 de Febrero de 1906.

Efectos de la infusión de violetas sobre las neoplasias malignas.—El doctor *W. Gordon* dijo que había ensayado la infusión de violetas en 50 casos de neoplasias malignas. Saca de ellos la conclusión de que la infusión de violetas ejerce cierta influencia marcada sobre las neoplasias malignas en algunos casos; conviene estudiar este asunto para averiguar en qué clase de neoplasias es eficaz y hasta qué punto. El alivio obtenido se refiere principalmente al dolor, á la fetidez, al estado general y al volumen de la neoplasia. Se cree que estos efectos de las violetas son debidos á un glucósido que existe en sus hojas.

El Dr. *Pearce Gould* indicó que esta cuestión tropieza con grandes dificultades. Es preciso hacer una distinción marcada entre los agentes capaces, al parecer, de influir sobre los síntomas (dolor, fetidez, etc.) del cáncer y los que contienen su desarrollo. El cáncer es una de las enfermedades de forma más protéica. En ciertos casos su diagnóstico es dudoso. En algunos enfermos no es posible diagnosticar una afección maligna á juzgar sólo por los síntomas clínicos. Existen enfermedades que los médicos consideran erróneamente como cancerosas, y que, en realidad, no lo son. Ocurre con esto lo que ocurría antes con la actinomicosis. En el Hospital Middlesex se ha ensayado la infusión de violeta en el cáncer sin resultado apreciable, excepto en un caso que mejoró, si bien la mejoría no fué duradera. No es raro que los cancerosos mejoren temporalmente al emplear con ellos un nuevo método de tratamiento. Cree que la infusión de las hojas de violeta contiene algo que produce un efecto benéfico pasajero en ciertos casos, pero su acción, en el caso de existir, es ligera.

El Dr. *Norman Moore* dijo que el diagnóstico del cáncer es dudoso en ciertos casos. Es poco probable que los casos de cáncer que se dice han curado, fueran, en realidad, de verdadera enfermedad maligna. El examen mi-

exoscópico no basta para formar criterio fijo. El dolor puede ser mecánico ó consecutivo y no efecto esencial del cáncer; de aquí que el alivio aparente de este síntoma no prueba que la infusión de violetas ejerza influencia directa alguna sobre el cáncer. El factor mental en este tratamiento es importantísimo. El carcinoma sigue una marcha muy variable.

El Dr. *W. Blake* cree que el elemento de fe puede eliminarse sólo en un caso. Ha observado un caso, que supone maligno, en el que la neoplasia desapareció, al parecer, por el hipnotismo.

El Dr. *Jefferson Faulder* dijo que había obtenido una gran mejoría en los casos de cáncer del recto con tratamientos paliativos, como las inyecciones antisépticas.

El Dr. *S. Paget* preguntó al Dr. Blake si había visto obtener alguna mejoría en el cáncer externo con el hipnotismo.

El Dr. *Blake* contestó que no había visto obtener ventaja alguna.

El Dr. *L. Dudgeon* preguntó al Dr. Gordon si había ensayado la infusión de violetas en las neoplasias inflamatorias. La tumefacción del cáncer es debida, en muchos casos, á modificaciones producidas por el proceso inflamatorio.—(*British Med. Journal.*)—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesiones de los días 10 y 24 de Enero de 1906 (1).

Sífilis inoculada en el mono. — El Dr. *Siegel* presenta un mono (macacus rhesus) con sífilis secundaria inoculada. Con intervalos de algunas semanas se le inoculó hipodérmicamente sangre sifilítica por tres veces. Se encontraron cytorrhyctes flagellados, pero ningún spirocete.

Bronquiectasia y dextrocardias.—El Dr. *A. Baginsky* presenta un joven que tiene bronquiectasia y dextrocardias, pero sin inversión de las demás vísceras. De cuando en cuando arroja cantidades colosales de esputos, pero sin que nunca se hubiesen encontrado en éstos bacilos tuberculosos. El estado del paciente mejoró muchísimo con las inhalaciones de tanino.

Reumatismo articular crónico en un niño.—El Dr. *A. Baginsky* presenta un niño que tiene reumatismo articular crónico, afección rarísima en la infancia y al mismo tiempo de muy mal pronóstico en esta edad. Poco á poco se llegan á poner rígidas todas las articulaciones y casi nunca dejan de presentarse también afecciones del endo y del pericardio. La tuberculosis no interviene para nada en el proceso, pero hoy por hoy no se puede afirmar si se trata de un verdadero reumatismo ó de una forma desconocida de artritis.

Escarlatina con complicaciones insólitas.—El Dr. *A. Baginsky* presenta un niño que á los veinte días de haber nacido tuvo escarlatina con vómitos y fiebre, una hemiplegia derecha, perturbaciones en el lenguaje y molestias en la deglución. Al poco tiempo sobrevinieron trombosis de la pierna de-

(1) La sesión del día 17 fué de carácter administrativo.

recha, después retinitis, amaurosis, parálisis del motor ocular común y del motor ocular externo, ó sea síntomas de trombosis de los senos, la cual se revelaba al exterior por una ectasia considerable de las venas de la frente. El comienzo de la enfermedad se inició hace dos años y medio. La afasia ha retrogradado, como sucede siempre en los niños, pero en cambio persisten los espasmos de la mitad derecha del cuerpo y la atrofia bilateral del nervio óptico.

La urea y el ácido úrico en la gota.—El Dr. *Falkenstein* recuerda que hace dos años expuso sus ideas acerca de la naturaleza de la gota y su tratamiento, según las cuales la gota debe considerarse como la consecuencia de una afección de las glándulas del estómago que segregan ácido clorhídrico, resultando de esto que el tratamiento de dicha enfermedad ha de proponerse principalmente suministrar al jugo gástrico el ácido clorhídrico que le falta. Como prueba de que su teoría debe ser cierta, aduce por de pronto las perturbaciones que se observan en lo relativo á la urea y al ácido úrico como expresión de las modificaciones que experimenta el metabolismo nutritivo.

Después de haber llamado la atención acerca de las oscilaciones que presenta la proporción del ácido úrico en el hombre sano, recuerda las investigaciones que se han hecho acerca de este punto en la gota, y deduce como conclusión de este estudio que para formarse una idea exacta del metabolismo nutritivo de un individuo, es preciso determinar la proporción de urea, *y al mismo tiempo* de ácido úrico que contiene la orina.

Ahora bien, el ácido úrico que se encuentra debe interpretarse tan sólo como el resto que se ha sustraído á su desdoblamiento en urea. Si nos fuera posible hallar un medio que modificara la relación recíproca de ambas substancias, de manera que aumentara la urea á la vez que disminuyera el ácido úrico, estaría probado con ello la íntima relación que existe entre ambos cuerpos, sobre todo si al mismo tiempo se hace más pronunciada la reacción ácida de la orina, porque entonces sería evidente que el ácido úrico se había transformado en urea y ácido oxálico.

Poseemos un medio para conseguir el objeto mencionado. Dicho medio es el ácido clorhídrico, puesto que usándolo por mucho tiempo se observa que disminuye el peso específico de la orina, y con él la suma de los principios orgánicos sólidos que contiene dicho líquido, habiendo casos en los que mejora la relación entre la urea y el ácido úrico, y otros en que aún disminuye más por su descomposición ulterior en CO_2 y amoníaco.

La tentativa de averiguar dónde se realiza la transformación aludida no ha tenido éxito por la sencilla razón de que se verifica en los órganos y células de todo el organismo.

Las observaciones del autor han sido confirmadas en todos sus extremos por Alejandro Haig, como lo demuestran varias de las leyes que ha sentado este autor. Lo esencial de la teoría se resume en la proposición de que «las dispepsias aumentan el ácido úrico y disminuyen la urea», puesto que precisamente es muy común que el primer ataque de gota vaya precedido durante muchos años de una dispepsia crónica.

Una prueba más de la relación que hay entre las dispepsias y la gota nos la suministra la aparición frecuente de ésta en el saturnismo crónico.

Examina el autor las tentativas, completamente infru ctuosas, de curar la gota con un tratamiento dietético, como el que h an intentado plantear modernamente v. Noorden y Schliep, estableciendo los límites de tolerancia para las bases purínicas que pueden utilizar de un modo ordenado los gotosos. Este camino, que se viene siguiendo desde hace siglos, hay que acabar al fin por abandonarlo.

Del hecho de que el gotoso no puede utilizar el material purínico, no hay que sacar la conclusión de que en su alimentación no debe entrar dicho material, sino más bien la de que se le debe colocar en condiciones de poderlo digerir. Ahora bien, esto es fácil conseguir dándole ácido clorhídrico, según lo hace comprender la teoría y lo demuestra también la práctica. No hay que temer al uso continuado por mucho tiempo del ácido clorhídrico á grandes dosis, puesto que la experiencia enseña que no perjudica ni á la vejiga ni al riñón, ni tampoco al intestino. También es erróneo el prejuicio de que el ácido clorhídrico daña á los dientes. Lejos de ser así, los dentistas han comprobado que hasta mejora la dentadura, lo cual se explica y comprende porque hace desaparecer los uratos que antes estaban incrustando los alvéolos. Lo único que se modifica es la sangre en su excesiva alcalinidad, pero esta modificación, en vez de ser nociva, como se venía creyendo hasta ahora, es, por el contrario, sumamente beneficiosa.

Así lo demuestran las comprobaciones experimentales que ha hecho de las observaciones del autor el Dr. Von Loghem en el Instituto patológico de Amsterdan. Dicho doctor ha visto que inyectando en los conejos cristales úricos, se provoca la formación artificial de focos gotosos con precipitación de uratos y la inflamación de los tejidos, lesiones todas ellas que se acentúan más aún si se introduce una disolución alcalina en el estómago, y, en cambio, dejan de observarse si se introduce ácido clorhídrico diluído. Por el contrario, en el perro no se produce ninguna precipitación de uratos con las inyecciones mencionadas; para observarla es menester que además se le den alcalinos al animal objeto del experimento.

De todas estas investigaciones se deduce con la mayor evidencia, que la causa de la gota es el urato sódico ácido, que si en el conejo se forma tan pronto, es por tratarse de un animal herbívoro que no tiene ó tiene muy poco ácido clorhídrico en el estómago, al revés de lo que sucede en el perro, que, como animal casi exclusivamente carnívoro, posee gran cantidad de dicho ácido en la víscera gástrica. El hombre sano queda á cubierto de la formación de uratos porque tiene cantidad suficiente de ácido clorhídrico; en cambio, en el gotoso se presenta formación de uratos, porque está escaso de dicho ácido. Si este último, por combinarse con los álcalis que, en cantidad excesiva se introduce con los alimentos, impide la formación de uratos, se demuestra también con esto su acción favorable. De aquí que sea sumamente eficaz en la gota, tanto porque mejora el cambio nutritivo, como porque disminuye la alcalinidad de los líquidos de los tejidos.

El radio como agente terapéutico. — El Dr. *A. Blaschko* refiere haber usado el radio, primeramente, para tratar tumores cutáneos ulcerados superficialmente, sobre todo cancroides, por más que también es útil aunque esté conservada la epidermis. Las células jóvenes de los tumores parecen ser las que menos resisten y las que se disgregan con más facilidad. Se ob-

servan recidivas lo mismo que con todos los demás tratamientos, pero con éste se deciden más pronto los pacientes á someterse á él de nuevo, que cuando se trata de una intervención quirúrgica.

El autor ha visto que también es útil el radio en los casos de verrugas, angiomas y nævus. En el lupus figura como tratamiento consecutivo y, á veces, también en las formas precoces para destruir focos que, de otro modo, son difícilmente accesibles.

Igualmente ha empleado el radio con éxito en el psoriasis, pero, en estos casos, su acción es circunscripta, de suerte que no sirve para los casos en que la enfermedad es difusa. El autor ha hecho preparar por Beiersdorf un emplasto que ha dado muy buen resultado en los casos inveterados de psoriasis localizado. El radio es muy útil, principalmente en el psoriasis de la cara de las manos y del lecho de la uña. Asimismo se prestan muy bien á este tratamiento los eczemas rebeldes, y hasta el lupus eritematoso parece responder á la acción del radio. El liquen ruber plano no se modifica con las aplicaciones de este metal, pero sí el acuminado; el éxito es desigual en la sícosis vulgar, y nulo en la alopecia areata. En un caso de queloide, el radio dió excelente resultado. En suma, viene á ser útil en los tumores y en las dermatosis superficiales. Para la práctica tiene el radio dos inconvenientes: uno, que se trata de un medicamento, hoy por hoy, muy escaso, y, por lo tanto, muy caro, y otro, que es difícil graduar su acción terapéutica.—(*Deutsche Medizinal Zeitung*). —R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la bronquitis capilar por medio de las envolturas sinapizadas. —En el tratamiento de la bronquitis capilar, que va acompañada á menudo de retracciones y de fenómenos muy marcados de sofocación, aconseja el Dr. O. Heubner, en primer término, las envolturas sinapizadas. En un plato ó fuente se mezclan y revuelven unos tres cuartillos de agua á 40° con medio kilo ó más de harina de mostaza fresca, hasta que sus vapores molesten á los ojos y á las narices. Para ello se necesitan generalmente diez minutos. Después se empapa un trozo de lienzo en el líquido, de modo que se impregne bien, se escurre y se extiende sobre una cubierta de lana del mismo tamaño. Desnudo por completo el niño, se coloca sobre el paño sinapizado, cuyo borde superior llega hasta el cuello, y se le envuelve rápidamente en él. Esta envoltura se deja colocada de diez á quince minutos, á veces hasta veinte, según el estado de fuerzas y de reacción del niño. Transcurrido dicho tiempo se quita la envoltura, y si la reacción ha sido franca el niño aparece colorado como un cangrejo. Después se quitan en un baño, ó lavando al niño con agua templada, las partículas de harina de mostaza que hubiesen quedado adheridas á la piel, y hecho esto se envuelve al niño en un pañal empapado en agua templada, que se dejará colocado una, una y media ó dos horas, hasta que se presente el sudor á ser posible. La segunda envoltura se debe quitar cuando la cabeza se ponga roja ó sobreven-

ga un sudor copioso. Se introduce ahora el niño en otro baño templado, y si se ve que está muy caliente, se le hace una breve afusión con agua fresca.

Seguidamente se le seca, y el resto del día se le deja en completo reposo, sin aplicarle más fomentos ni envolturas. El procedimiento es pesado, pero, según el autor, mucho más eficaz que todos los demás en la mayor parte de los casos.

La envoltura sinapizada tiene sobre el baño sinapizado la ventaja de que con ella se evita con más seguridad que el niño respire los vapores irritantes; además se puede emplear por más tiempo, con lo cual se consigue un efecto más enérgico y más persistente. Por último, se puede emplear en cualquier parte, aunque no se tenga á mano un baño.

En algunos casos se observa que ya al día siguiente han desaparecido los estertores finos, la respiración es más franca y el estado subjetivo ha mejorado considerablemente. Sin embargo, lo más común es que haya que repetir el procedimiento en los días sucesivos, pero nunca se debe aplicar más de una vez en las veinticuatro horas. Cierto es que hay no pocos casos en que el procedimiento fracasa como todos los demás. De todas suertes no debe repetirse si se ve que con él no se ha conseguido por lo menos producir una rubicundez enérgica de toda la superficie cutánea.

(*Therapie der Gegenwart*).—R. del Valle.

Tratamiento de las úlceras atónicas por el subcarbonato de hierro.— El doctor Sabouraud recomienda en las úlceras atónicas cubrir toda la superficie ulcerada con subcarbonato de hierro porfirizado, aplicando encima algodón, que se sostiene con una venda. Al día siguiente se separa el subcarbonato de hierro con un pincel fino seco, ó mojado en aceite de almendras dulces; si forma aquél grumos, prueba de que persiste la supuración. Limpia la úlcera, se cubre de nuevo con subcarbonato de hierro y se aplica el mismo apósito. La sal de hierro puede emplearse también mezclada con vaselina en la proporción de 1 : 40, que se limpia con algodón hidrófilo mojado en aceite de almendras dulces. El subcarbonato de hierro es un cicatrizante admirable y el tópico por excelencia en las úlceras atónicas de las piernas.—(*La Clinique*, 5 enero 1906).—F. Toledo.

El dolor de la planta del pié y su tratamiento.—Según el Dr. F. Franke, en la etiología del dolor de la planta del pié, figuran principalmente las enfermedades infecciosas, sobre todo, la gripe y las afecciones nerviosas. En unos casos se trata de procesos inflamatorios en la fascia; en otros, dichos procesos afectan á los nervios sensitivos de la planta del pié. También puede ser provocada la afección por causas que reduzcan el espacio de dicha región.

El tratamiento variará según la etiología. En ciertos casos puede ser quirúrgico; en la mayoría habrá que apelar á medios absorbentes, al ejercicio, y, á veces, á la hidroterapia y á la electroterapia.

(*Deutsche med. Wochenschrift*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN NUEVO PROCEDIMIENTO PARA EL DIAGNÓSTICO MEDICO-LEGAL DE LAS MANCHAS DE SANGRE

POR

DON ANTONIO LECHA-MARZO

Alumno de la Facultad de Medicina de Valladolid.

Del mismo modo que la oxihemoglobina desdoblándose da origen á la *globina*, substancia albuminoidea, y á la *hematina*, así también la hemoglobina, por la acción de un reductor, se desdobla en *proteína*, albuminoide coagulable por el calor, y en una substancia fácilmente cristalizable, el *hemocromógeno* (Hoppe-Seyler), ó *hematina reducida* de Stokes.

Hoppe-Seyler (1) y Araki (2) fueron los que primero obtuvieron el hemocromógeno al estado cristalino; pero el que halló un modo fácil de prepararle ha sido Z. Donogany, el cual somete la sangre desfibrinada á la acción de la piridina: desaparecen los glóbulos rojos y el preparado adquiere un color rojo moreno, que anuncia la formación de los cristales de hemocromógeno. Cuando la sangre está desecada, la disocia previamente en el porta-objetos con lejía de sosa, y después trata la solución con una gota de piridina y otra de sulfuro amónico. Merced á esta técnica, que el autor propone en sustitución de la de Teichman, ha podido obtener cristales de sangre desecada en hierro oxidado, cuya antigüedad ascendía á veinte años (3).

(1) F. Hoppe-Seyler: Beiträge zur Kentniss der Blutfarbstoffe. *(Zeitschr. f. physiol. Chemie*, 18, 477).

(2) T. Araki: Ueber den Blutfarstoff und seine näheren Umwandlungsproducte. *(Zeitschr f. physiol. Chemie*, 14, 405).

(3) Z Donogany: Einfache und sichere Art der Darstellung von Hämochromogen-Krystallen. *(Maly's Jahresbericht*, 1892, vol. XXII, pág. 100).—Idem: Darstellung von Hämochromogen-Krystallen. *(Centralb. für Physio-*

De Dominicis (1) los obtiene con la siguiente técnica que él recomienda: á una partícula de sangre puesta en el porta-objetos, se agrega y se mezcla una gota de piridina: tratando el preparado con nna gota de sulfuro de amonio, la sangre adquiere un color rosa intenso obscuro. A continuación, se coloca sobre el preparado el cubre-objetos, y se practica la observación apenas que ha dado comienzo la formación de los cristales. Siguiendo este proceder, ha obtenido resultados que por lo menos se manifiestan brevemente, sirviendo igualmente el procedimiento, aunque con menor perfección de formas, para la sangre desecada.

Cevidalli (2) obtiene los cristales de hemocromógeno mezclando en el porta-objetos una gota de piridina con otra de sangre, procurando que la mezcla no se extienda demasiado, y cubriendo en seguida el preparado con el cristal cubre-objetos.

Ahora bien; con estas técnicas, á las cuales no niego su valor, no he podido obtener más que cristales muy pequeños, entrecruzados en todas las direcciones, sin contornos netos, aunque se observen con el objetivo á inmersión, y además *desaparecen completamente después de algunas horas*, cuarenta y ocho, desde que el preparado ha sido obtenido, á pesar de que se haya tenido la precaución de circundar los márgenes del mismo con bálsamo del Canadá, como aconsejó primeramente Donogany y después Kobert (3) y Cevidalli.

Para obtener aún mejores resultados, especialmente cristales permanentes, he ideado el procedimiento siguiente, que propongo y recomiendo (4):

Se deposita en el porta-objetos el fragmento de mancha sanguínea, aunque sea muy pequeño y de antigua data, lo cual aumenta

logie, t. VI, 1898, pág. 629).—Idem: Beiträge zur Lehre der Hämoglobin und Hämochromogen-Krystallen. (*Maly'sJahresbericht.*, vol. XXIII; *Math. und naturw. Berichte aus Ungarn*, t. XI, 1893). — Idem: Die Darstellung des Hämochromogen als Blutreaction mit besonderer Berücksichtigung des Nachweises von Blut im Harn. (*Virchow's Archiv.*, t. CXLVIII; *Chem. Zeit.*, 1897).

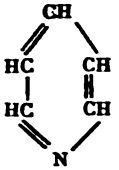
(1) De Dominicis: I cristalli di emocromogeno dalle macchie di sangue. (Trabajos del Instituto de Medicina legal de la R. Universidad de Pavía; director, profesor G. Filomusi-Guelfi; Milán, Allegretti, 1902).

(2) Attilio Cevidalli: Un nuovo e semplice processo por ottenere preparati permanenti di cristalli di emocromogeno. (*Archivio di Psichiatria Medicina Legale ed Antropologia Criminale*, vol. XXVI, fasc. III, pág. 816, 1905).

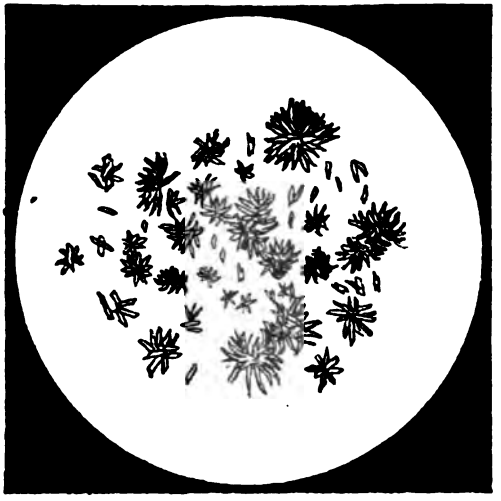
(3) K. V. Kobert: Ueber das mikrokristallograpische Verhalten des Wirbeltierblutes. (*Zeitschr. f. ang. Mikroskopie*, V, 6-10).

(4) A. Lecha-Marzo: Un nuovo processo per ottenere i cristalli di emocromogeno e di iodo-ematina. (*Archivio di Psichiatria, Medicina Legale ed Antropologia Criminale*, vol. XXVI, fasc. VI).

innegablemente el valor médico-legal de la reacción: se añade un poco de yodo disuelto en alcohol y sucesivamente la piridina



y en menor cantidad el sulfuro de amonio $(NH^4)^2S$: encima se aplica el cubre-objetos, sin comprimir demasiado, y no tardarán en formarse los cristales. La cristalización tiene lugar en el momento en que se mezclan los tres reactivos; si se retarda, lo cual sucede muy pocas veces, convendrá calentar ligeramente el



Cristales de hemocromógeno y de yodohematina.
150 diámetros.

preparado, teniendo el porta-objetos por una de sus extremidades, pues si el calor actúa rápidamente, en vez de formarse tabletas cristalinas aisladas, independientes, aparecen los cristales agrupados en estrellas ó en fascículos: el campo del microscopio se halla sembrado de miles de cristales aciculares, que son menos característicos, pero que también sirven para reconocer que se trata de sangre.

Los preparados de cristales así obtenidos muestran al microespectroscopio el espectro del hemocromógeno.

La piridina, en virtud de sus propiedades básicas y reductoras, transforma la oxihemoglobina en hematina alcalina, que á su vez

se convierte en hematina reducida mediante la acción de la misma piridina y del sulfuro amónico, para combinarse con el yodo, formando la *yodo-hematina*, que se separa en estado de pureza, cristalizando con gran facilidad.

Luego, con tal procedimiento, se provoca la formación de cristales de hemocromógeno y de yodhidrato de hematina, específicos y característicos de la sangre, en número extraordinario y de varias dimensiones, pudiéndose obtener casi siempre cristales de gran tamaño (1). La observación se hará con aumentos comprendidos entre 100 á 500 diámetros.

El color de los cristales varía desde el rojo-anaranjado del yodo al rojo intenso; son birrefringentes; tienen la forma de agujas ó de tabletas romboidales ó rectangulares (semejantes á los cristales de Tiechmann), aisladas ó agrupadas en 2, en 4, en 8, en 10 en 12 ó más. Los cristales, que forman algunas estrellas, aparecen como incurvados; se observan también cristales, cuyos extremos están limitados por dos planos, es decir, tienen la forma de exágonos de lados bastante largos. En la mayoría de los casos la sangre cristaliza en toda su totalidad, quedando el fondo, entre cristal y cristal, sin elemento alguno.

Cuando las estrellas están formadas por agujas se semejan bastante á las de fenilglicosozano, que como es sabido resultan de la combinación de la fenilhidracina y el azúcar de uva; la forma de las agrupaciones es también algo parecida á la de los cristales de tirosina y de sales de cal y magnesia de los ácidos grasos superiores (jabones).

Los fascículos ó estrellas constituídos por tabletas romboidales, rectangulares ó exagonales se pueden comparar (por su forma) á los cristales de fosfato neutro de cal. Sin embargo, los cristales de hemocromógeno y de yodohematina son muy fáciles de diferenciar de todos éstos, pues existen grandes desemejanzas en el color y en las propiedades químicas.

De Dominicis, tratando la sangre fresca por la piridina y el sulfuro de amonio, ha observado en algunas especies de sangre retardo en la formación de los cristales. Esta particularidad, que ha recaí-

(1) En la *figura única* aparecen los cristales relativamente pequeños, debido, como ya se dice, á que están observados á escaso aumento, á 150 diámetros; efectuando la observación con mayores aumentos, presentan la misma disposición, es decir, grandes estrellas, cuyos numerosos radios terminan en punta ó por uno ó dos planos.

do en la sangre de rana, salamandra y lagarto, está tal vez relacionada con la mayor resistencia de los hematíes, por lo cual el pigmento sanguíneo tarda más en separarse del estroma globular, y, por consiguiente, no pueden rápidamente formarse los cristales. Y, en efecto, ha podido observar también que agitando la sangre con agua ó con piridina en el porta-objetos, se consigue una cristalización numerosa y rápida.

De los muchos reconocimientos que he practicado con sangre de animales, he llegado á deducir que los cristales de hemocromógeno y de yodohematina cristalizan en todas las sangres con formas muy parecidas.

Los cristales obtenidos con el citado método se conservan más fácilmente y por mucho más tiempo que los obtenidos con las técnicas recomendadas por Donogany, Dominicis y Cevidalli, para lo cual se rodea el preparado con bálsamo del Canadá disuelto en xilol, con el doble fin de impedir la entrada del aire y de cuerpos extraños.

También se pueden conservar las preparaciones de cristales del modo siguiente: con un pincel cargado de betún de Judea se traza en un porta objetos, colocado en la rueda giratoria ó aparato de Hett, un círculo de 1 ó 2 milímetros de altura y de un diámetro aproximadamente igual al del cubre-objetos redondo que se ha de aplicar. Una vez hecho esto, y convenientemente desecado el betún, se coloca la gota ó el fragmento de mancha, el yodo, la piridina y el sulfuro de amonio en la celda, y se aplica el cubre-objetos oblicuamente para que salga todo el aire, y, por consiguiente, no se formen burbujas. Se comprime después la preparación con una superficie plana (un cristal, por ejemplo), para que haya perfecto engaste entre el cubre-objetos y el círculo de betún de Judea; se seca con un lienzo fino el reactivo que haya podido salir, y se procede á la cementación definitiva, mediante otro círculo análogo al primero (1).

Espectro del hemocromógeno.—El hemocromógeno está caracterizado por un espectro particular que sirve para reconocerle: añadiendo á una solución de oxihemoglobina una gota de piridina y otra de sulfuro de amonio, se observa mediante el examen microespectroscópico, la ausencia de una de las dos bandas negras de absorción situadas en la proximidad de las líneas D y E, al nivel de

(1) Para más detalles acerca del *modus operandi* de la celda de betún de Judea, véanse los Tratados de técnica histológica: Ramón y Cajal, López-García, Del Río, etc.

la zona amarilla y al principio de la verde, que caracterizan á la hemoglobina oxigenada. La banda de absorción desaparecida es la que ocupaba el lugar de las radiaciones de longitud de onda 551-561 (1), y la que persiste se esfuma y estrecha.

Agregando únicamente piridina se puede observar el espectro del hemocromógeno; pero la acción subsiguiente del sulfuro de amonio le vuelve más neto y brillante.

La hemoglobina, la metahemoglobina, la hemoglobina oxicarbonada y la hematoporfirina se convierten también por la acción de la piridina en hemocromógeno. Con la hemoglobina oxicarbonada, según Dominicis, los cristales aparecen más obscuros (carbohemocromógeno).

Convendrá tener presente que las soluciones de carmín, piridina y sulfuro de amonio, dan próximamente el mismo campo micro-espectral; mas para diferenciarlo se hace pasar una corriente de ácido acético, el cual tiene la propiedad de descomponer el hemocromógeno y no alterar las soluciones de carmín.

Estado de la sangre. — Cuando la sangre sea fresca, se dejará desecar á exprofeso; la reacción tiene lugar, como ya se ha indicado, hasta con una pequeñísima cantidad de sangre alterada por la putrefacción; pero en este caso se evitará poner un exceso de reactivo que disolvería los cristales.

Si la mancha de sangre se encuentra en un tejido, se pone á macerar un pedazo en agua destilada ó en lejía de sosa al 20 por 100 (empleando para esto la menor cantidad posible), dentro de un tubo de ensayo, y se evapora á un débil calor parte de la solución así obtenida. Cuando ésta se halla suficientemente concentrada, se transporta una gota al porta-objetos, donde se completa la evaporación y el desecamiento. Finalmente, se practica la reacción del modo arriba indicado.

La *solución alcohólica yodada* debe contener como *optimum* un 2 por 100 de yoduro potásico; la que empleo con preferencia es la siguiente:

Yodo	2'5	gramos.
Yoduro potásico	0'5	—
Alcohol de 96°	25	—

Se pueden también utilizar soluciones acuosas, no importando

(1) Véase Borri: Coordinamento comparativo e localizzazione assoluta degli spetri d'assorbimento della emoglobina e dei suoi derivati. (*Memorie della R. Acc. di Scienze e Lettere in Modena*, 1902).

tampoco que tengan alguna cantidad de yoduro potásico. Se obtienen cristales bastante fijos con la solución yodada siguiente:

Yodo	4	gramos.
Yoduro potásico	2	—
Agua destilada	100	—

He confirmado también lo que De Dominicis fué el primero en comprobar: que la picolina (metilpiridina), la lutidina (dimetilpiridina) y otras soluciones reductoras, como las soluciones amoniacales de tartrato de hierro (reactivo de Stokes), la solución amoniacal de tartrato estannoso, el hidrosulfito de sodio, etc., no sustituyen con ventaja á la piridina y al sulfuro amónico.

Sustituyendo la solución de yodo por una acuosa de cloro, se obtienen cristales de *clorhidrato de hematina*, *clorohematina*, *hemina* ó de Teichmann (con todos estos nombres se les conoce), que difieren de los obtenidos con ácido acético y cloruro de sodio en el color, el cual es menos obscuro. Los obtenidos con el primero de estos dos procedimientos, son de color rojo intenso ó moreno brillante, y por el contrario, utilizando el ácido acético glacial y la sal marina ó el ácido hidroclórico, como aconseja el profesor Carracido, son de color moreno obscuro, casi negro.

Este otro método puede sustituir también con ventaja al de Teichmann (que reclama mucho cuidado y paciencia, á pesar de lo cual los resultados no son siempre positivos); con aquél se obtienen muy fácilmente tabletas ó bastoncillos romboidales de clorohematina, pues no hay más que mezclar los tres reactivos (cloro, piridina y sulfuro de amonio) para que se formen en el acto y en número extraordinario, sin el concurso de la acción del calor.

Influencia de la temperatura en la obtención de los cristales. — Con el objeto de conocer la influencia de la temperatura en la cristalización del hemocromógeno, coloqué en una estufa varios porta-objetos con trazas sanguíneas, unas frescas y otras de data bastante antigua, y obtuve cristales análogos á los ordinarios, á pesar de haber hecho subir la temperatura á 140, 170 y 190° durante treinta, veinte y diez minutos respectivamente; pero los resultados parecen ser más positivos con las manchas antiguas por resistir mejor la acción del calor que las recientes. Sometiendo á la ebullición la sangre recién obtenida de una puntura, los cristales son más pequeños y escasos; si se hace actuar directamente la llama sobre la sangre, además de pequeños, escasos y mal delineados, aparecen mezclados con abun-

dantes granulaciones informes. Si la carbonización de la sangre es completa, los resultados son negativos.

Una vez ya obtenidos los cristales, si se les somete á la acción del calor se aprecia en seguida su hipersensibilidad: pasando la preparación varias veces por la llama de alcohol, como se hace en técnica bacteriológica, desaparecen rápidamente, y si se evapora lentamente á sequedad, no se consigue conservar ninguna forma cristalina.

Influencia de diversas substancias químicas.— He obtenido de manchas de sangre lavadas varias veces en agua fría y caliente y después desecadas, espléndidas cristalizaciones.

Mezclando en un porta-objetos cinco ó seis gotas de una solución fuertemente jabonosa con una gota de sangre, abandonándolo al aire libre para su desecación, si se efectúa después de veinticuatro horas la reacción, se obtienen resultados positivos; pero la cristalización es más lenta, debido esto indudablemente á que la sangre no es tan accesible á los reactivos. Además, los cristales (tabletas romboidales) formados en estas condiciones aparecen sueltos, muy excepcionalmente entrecruzados. Macerando durante algunos días (cuatro á cinco) pedazos de tela manchados con sangre ó fragmentos de costra sanguínea en solución fuerte de jabón ordinario, después de desecados, he obtenido la reacción. Por el contrario, con el cloruro de calcio comercial (hipoclorito de calcio) los resultados fueron negativos.

El hierro no constituye un obstáculo para la reacción: mezclando sangre con sexqui-óxido de hierro hidratado (herrumbre) y tratándolo después de haberlo desecado con yodo, piridina y sulfuro de amonio, se obtienen cristales cuyas dimensiones no son inferiores á las de los cristales obtenidos de sangre pura; son más numerosos alrededor de los gránulos de limaduras de hierro, y algunos parecen estar incrustados sobre los gránulos citados, como si éstos desempeñaran el papel de núcleos de cristalización. El cloruro férrico (percloruro de hierro) no impide la reacción. Mezclando sangre fresca con carbonato de hierro é intentando la reacción á los ochenta días, he obtenido buenas cristalizaciones. Pero aún hay más todavía: se obtienen resultados también bastante favorables, aunque se mezcle la sangre con gránulos de limaduras de hierro y ácidos orgánicos.

Tratando la mancha de sangre por los cuerpos de la reacción y por el amoníaco, se efectúa de igual modo que en las condiciones ordinarias. Tengo preparaciones haciendo intervenir al álcali volá-

til, hechas desde hace muchos meses, en las cuales los cristales aparecen exactamente igual que en el momento en que se formaron: por consiguiente, no habrá inconveniente alguno, cuando la mancha esté en un lienzo, en disolver la sangre con amoníaco; se toma una gota de la solución así obtenida, que será lo más concentrada posible, se lleva al porta-objetos y se deseca á un calor suave para someterla después á la técnica del procedimiento.

La sosa y la potasa al 35 por 100 no impiden la reacción; los cristales son más obscuros y bastante fijos.

El ácido clorhídrico, actuando á la vez que los reductores y el yodo, impide la reacción: haciéndole actuar después de formados los cristales, á medida que se va poniendo en contacto con ellos, los destruye; el ácido sulfúrico, nítrico, bórico y demás ácidos minerales, ejercen análoga influencia: primeramente decoloran los cristales y después les hacen desaparecer.

El bicloruro de mercurio y el nitrato argéntico anulan también la reacción.

El ácido fórmico no la impide: aparecen larguísimas agujas y hermosas tabletas, rectangulares ó romboidales. Los demás ácidos orgánicos (cítrico, oxálico, tártrico, etc.) actúan de una manera análoga, excepto el acético, que, como ya he dicho, descompone los cristales de hemocromógeno. El ácido fénico al 5 por 100 da reacción positiva. La sal de Saturno (acetato de plomo) la impide.

He comprobado repetidas veces que las substancias grasas no ejercen acción alguna en la reacción del hemocromógeno y la yodo-hematina. La sangre mezclada con moco ó pus, da también reacción positiva.

Finalmente, la mayor parte de las materias colorantes, orgánicas y minerales, tampoco la impiden, variando únicamente el color de los cristales. En ocasiones, la mancha, antes de ser tratada por el yodo, la piridina y el sulfuro de amonio, no presenta el color de la sangre, sino el de la materia colorante, y en este caso, merced á la reacción, recupera su color primitivo; no se obtienen formas embrionarias, sino cristales análogos en su forma y volumen á los que se observan en condiciones normales.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

Sumario: I. Microorganismos anaerobios de las aguas potables.—II. Etiología de la disentería.—III. Sobre los bacilos piociánicos.—IV. Enfermedades que producen los animales que conviven con el hombre.—V. La apendicitis y la bicicleta.—VI. Agresinas, anafilaxis y sueros antiagresivos.—VII. Obtención de leche en buenas condiciones para los niños.—VIII. El pan y la tuberculosis.—IX. Modo de calentar las incubadoras.—X. Causas de la miopía.

I. Cree Vincent que debe hacerse siempre la determinación cuantitativa y cualitativa de los microorganismos anaerobios de las aguas, pues hay relación íntima entre la adulteración de éstas y el número de aquéllos. La contaminación por las materias fecales y substancias orgánicas en putrefacción, se revela por una gran abundancia de anaerobios absolutos.

El mejor medio para cultivarlos y aislarlos es la gelatina peptonizada ordinaria, con el 1 por 100 de glucosa y teñida con el sulfoindigotato sódico. La siembra de aguas puras puede hacerse con $^1/_{10}$, $^1/_5$, $^1/_2$ ó 1 cm.^{3}, por 10 de gelatina privada de aire; la de aguas sucias con mucha menor cantidad. En este medio se desarrollan muy bien y con frecuencia se les distingue á simple vista de los anaerobios facultativos, por su aspecto coposo, nuboso ó penniforme.

Hay menos anaerobios que aerobios: en las aguas muy puras menos de la unidad por cm.^{3} de agua; en las contaminadas, 5, 10, 20, 50, 100 y rara vez 200, 500 colonias. Predominan las formas bacilares y son de naturaleza muy distinta; los más frecuentes son, según Vincent, los *B. liquefaciens parvus* y *magnus* (Liborius), el *B. spinosus* (Lüderitz), el *B. pseudo-tetanicus* (Vaillard y Vincent), los bacilos anaerobios de Sanfelice, los *clostridium*, etc.

Para demostrar la presencia de los patógenos, especialmente del tifoideo y tetánico, se siembra directamente en caldo y se cultiva en el vacío; el cultivo impuro, así obtenido, se calienta á 90° durante dos ó tres minutos, se inocula al animal una gota de él todavía caliente ó bien se separa los varios microbios mediante siembras en gelatina ó en agar glucosado y en el vacío (*Soc. de. Biol.*, 1905).

II. Durante los meses de agosto y septiembre de 1904 hubo mu-

chos casos de disentería epidémica en la guarnición de París (orilla izquierda). Estudiados desde el punto de vista bacteriológico por los médicos militares Dopter y Sigre (*Notes étiologiques sur l'épidémie de dysenterie de la garnison de Paris*, 1904.—*Gaz. des hôp.*, 1905), han encontrado bacilos diversos correspondientes á las diversas zonas infectadas: en unos cuarteles el tipo Flexner (Manila), correspondiente á una epidemia común; en otro, el tipo Shiga, y en un tercero el tipo Strong.

No se ha tratado, pues, de una epidemia grande, sino de varias epidemias pequeñas, independientes las unas de las otras, hecho que hasta ahora no había sido señalado. Concuerda este estudio con la opinión de los que admiten que corresponden diversos bacilos á los varios tipos de disentería: el más grave al de Shiga, y el más benigno al de Flexner. Sin embargo, los autores hacen notar que con un mismo bacilo hubo casos graves, medianos y benignos, y que el único mortal lo fué por el de Flexner; así como que entre los tipos clínicos no apreciaron diferencias dignas de mención. Se trata, pues, de una *sola especificidad, de dos razas de una misma especie patógena.*

III. El bacilo piociánico, descrito por Gessard, está asociado con frecuencia á los microbios piógenos ordinarios; además, si una enfermedad le abre la puerta, puede invadir todo el organismo: no es raro en la fiebre tifoidea; Calmette lo halló en la disentería crónica, Legros en la enteritis, Capne y Hobbs en la apendicitis, Calvo (de Cuba) lo cree agente causal de amigdalitis, y ha sido señalado como agente de infecciones generalizadas por Ehlens, Newmann, Karlinsky y otros.

El Dr. Clemente Inclán (*Contribución al estudio de los bacilos piociánicos.—Revista de Med. y Cir.* de la Habana, 1905), ha aislado en una úlcera determinada en un conejito de Indias por inoculación de un nódulo reblandecido procedente de un caso de *chappa* (hecho por el Dr. Ferrán, de Ciego de Avila) un bacilo piociánico, que no cree sea el de Gessard por los siguientes caracteres: color de las colonias, color del pus, virulencia excesiva y tendencia á invadir todos los tejidos. Opina que es una variedad hasta ahora no descrita y sospecha si tendrá algo que ver con la infección llamada *chappa*, cuyo agente productor no es conocido.

IV. Letourner ha dedicado su tesis (*Les hôtes habituels de nos appartements, chiens, chats, oiseaux et le danger qu'ils présentant.*—París, 1905), á un asunto interesante: enfermedades que nos ocasio-

nan los animales que viven con nosotros. La lista no es completa, pero de todos modos lo más importante es de gran utilidad. Posiblemente habrá que añadir con el tiempo algunos más, cuya etiología nos es desconocida en el momento actual.

A) La *sarna* demodéctica del perro no parece transmisible al hombre, pero sí la sarcóptica, tanto del perro como del gato, según prueban diversas observaciones.

B) La *tiña tonsurante* del perro y del gato, debida al *Trichophyton*, es contagiosa para el hombre (Friedberger, Horand, Haas, Lancereaux, etc.).

C) La *tiña favosa* (*favus*) del perro y del gato, causada por el *Achorion Schönleini* Remak, es también transmisible.

En resumen, de los numerosos parásitos cutáneos de estos animales, tres son peligrosos: *Sarcoptes*, *Trichophyton* y *Achorion*. Se debe, pues, desconfiar de los perros y de los gatos que tengan acné, pápulas, pústulas ó chapas, y han de ser apartados de ellos los niños, tan aptos para enfermar de esta suerte y para conservar el padecimiento por modo pertinaz.

D) La *tenia equinococo* es uno de los muchos parásitos intestinales del perro; sus huevos producen en el hombre los quistes hidatídicos. Dévé ha notado la frecuencia de éstos en los individuos que están en contacto con los perros. Dévé ha señalado también la posibilidad de esta tenia en el gato. En Islandia, en donde hay 1 perro por 4 habitantes, los quistes hidatídicos son frecuentísimos.

E) La *difteria aviaria*, causada á lo menos por dos microbios, el bacilo Klebs-Löffler y el colibacilo (Ferré), es transmisible al hombre y puede producir síntomas muy semejantes á la difteria humana.

F) La *enteritis infecciosa* de las cotorras se puede propagar al hombre y causar la *psitacosis* (bacilo de Nocard). En Francia ha habido varias epidemias de ella.

G) La *tuberculosis* humana se propaga á los perros, gatos y pájaros, como demuestran las observaciones de Cadiot, Gilbert y Roger, Benjamín, Petit y Basset. El hecho inverso, á pesar de los casos de Durante, no está bien probado, pero no es dudoso que la tuberculosis animal puede ser un peligro para el hombre.

Se deduce de los hechos precedentes que no es muy sano dar á estos animales puesto en nuestras habitaciones, que no se les debe acariciar y menos por los niños, que no se les ha de dar comida de boca á boca, y, por último, que en cuanto presenten alguna manifestación morbosa se les debe sacrificar ó á lo menos alejar.

V. La frecuencia de la apendicitis ha inducido á varias explicaciones. El Dr. King, de Washington, ha manifestado en la Sociedad Médica del distrito de Colombia que la causa es la bicicleta.

Establece que la era de la bicicleta ha coincidido cronológicamente con la de la apendicitis, y que los progresos de ésta han marchado por modo paralelo con la extensión del ciclismo. El hecho morboso sería debido al traumatismo que produce el músculo psoas sobre el apéndice; las contracciones repetidas de este músculo favorecerían la invasión microbiana de la cavidad apendicular.

Mas nótese que en estos últimos tiempos la bicicleta va de baja y no el número de apendicitis. El Dr. King debiera acusar hoy al automovilismo, como los médicos chinos acusaron á los ferrocarriles de la enfermedad de la emperatriz (*Méd. moderne*, 1905).

VI. Para explicar la intoxicación superaguda de los conejitos de Indias supertuberculizados y de los nuevos, á los que se inyecta en el peritoneo una mezcla de bacilos tuberculosos lavados y de exudado peritoneal procedente de los hipertuberculizados, propuso Bail la hipótesis de las *agresinas*. Supone que saturado el organismo tuberculoso de agresinas que aniquilan la defensa fagocitaria, los bacilos de nuevo inyectados no son presa de los fagocitos, se disuelven é intoxican al animal por la tuberculina que dejan libre.

Esta hipótesis no fué aceptada por Pirquet y Schick, pues lo que intervenía eran las bacteriolisinas, es decir, la disolución de los bacilos por los humores del organismo. Y siendo esto así, ¿por qué no considerar las agresinas como un producto de reacción del organismo infectado, que las fabricaría por la misma razón que las bacteriolisinas? Si estuviese demostrado que en el animal infecto la intoxicación superaguda pudiera ser debida á agentes no animados, ¿no probaría esto que la «agresividad» *no es* función de un producto bacilar? Dicen, además, que hay gran semejanza entre los hechos señalados por Bail y los consecutivos á la inyección de suero antidiftérico.

La *enfermedad sérica*, consecutiva á la inyección de un suero heterógeno, suero de caballo, aparece generalmente á los ocho ó diez días, el tiempo que necesita el organismo para fabricar anticuerpos específicos, notándose que los accidentes séricos coinciden con la aparición de las precipitinas en el suero sanguíneo. Esta coincidencia es tan regular que, para ellos, la enfermedad sérica no es más que la intoxicación por un nuevo cuerpo formado por el anticuerpo (la precipitina) y ciertos elementos del suero del caballo.

Sin embargo, el cuadro de la enfermedad sérica es distinto cuando se hace una segunda inyección de suero al cabo de más tiempo (hasta seis semanas). Aparecen entonces los accidentes, no á los ocho ó diez días, sino á las pocas horas, y desde el principio son muy graves (Marfan cree que esta gravedad sólo existe cuando ya la hubo en la primera inyección), y el hecho se debería á que los elementos extraños del suero de caballo encuentran en el organismo enfermo los anticuerpos preparados, y la combinación entre ellos es rápida y abundante.

Con el mismo criterio juzgan Pirquet y Schick los hechos señalados por Arthus (muerte de conejos por repetidas inyecciones de suero de caballo normal) y los de Richet (muerte de perros con una nueva inyección de venenos de actíneas). Todos estos hechos, así como la enfermedad sérica y la intoxicación superaguda de los conejitos de Indias supertuberculizados, corresponden á la *anafilaxis*. En todos ellos, una segunda incorporación de substancia extraña halla en el organismo los anticuerpos formados por la primera, y así resulta la intoxicación intensa.

Sea cualquiera el origen de las agresinas, se formen por el organismo infecto (Pirquet y Schick) ó sean producidas por los bacilos (Bail), los hechos relativos á los sueros antiagresivos son de gran interés.

Se les prepara de la manera clásica, inmunizando un animal mediante inyecciones subcutáneas de exudado peritoneal ó pleural de un animal inyectado en el peritoneo con bacilos tifoideos, disentéricos ó vibriones coléricos; el exudado ha de ser centrifugado, esterilizado y no ha de contener bacilos vivos. Con ellos se logra evitar la acción de exudados agresivos (inmunización activa), según ha demostrado una experimentación abundosa. Alguna vez fracasa la inmunización pasiva (Bail y Kuknshi). En todo caso parecen obrar neutralizando las agresinas, y así favorecen la lucha fagocitaria. El mecanismo de la inmunización y de la curación sería distinto que el de los sueros antitóxicos ó bactericidas. No son bactericidas, á lo menos el antitifoideo, gozan de gran poder aglutinante (1 por 5.000 y aun 1 por 100.000), y en ellos se desarrollan muy bien los bacilos tifoideos (*La Presse méd.*, 1905).

VII. No por lo original, si por lo condensado de las ideas más importantes, extracto un largo trabajo de Monsarrat (*Meilleures conditions de production du lait destiné á l'alimentation des enfants.— Revue. méd. de Normandie*, 1905).

La leche debe provenir de vacas sanas, jóvenes, ovariotomizadas en cuanto sea posible, pertenecientes á vacas *mantequeras*, individualmente elegidas con el mayor esmero, puestas en condiciones irreprochables de higiene y con alimentación racional, especialmente el régimen.

La que se dé á los niños ha de ser una mezcla de todas ellas.

El acto de ordeñar, las mamas de las vacas, los recipientes y todo el personal que intervenga, debe ser objeto de cuidados especiales desde el punto de vista de la asepsis.

Inmediatamente después de ordeñada, la leche ha de ser centrifugada, luego pasteurizada y maternizada y empleada lo más pronto que se pueda.

Debe estimularse la instalación de vaquerías urbanas dentro de los más severos preceptos de la higiene y vigilarlas sin descanso.

La inspección veterinaria de las vaquerías es indispensable, así como la prueba semestral de la tuberculina, aislando ó inutilizando los animales enfermos.

VIII. Los experimentos de Galtier, Macé y después los de G. Petit (*Soc. intern. de la tuberculose*, 1905), demuestran que el pan puede ser vehículo de la tuberculosis.

Este último autor opina que el momento más peligroso está en el acto de heñir, cuando se levanta por un obrero gran parte de la masa para que entre el aire necesario á la fermentación. Como entre los panaderos es muy frecuente la tuberculosis (70 por 100) se comprende lo expuesto de esta manipulación.

A este hecho puede añadirse que la temperatura no pasa de 100° en el interior del pan, que el agua no siempre está esterilizada, y que media poco tiempo entre preparar y consumir el pan.

IX. El calentamiento de las incubadoras no es un problema bien resuelto. En la Maternidad de París se usa el recipiente único, que pesa unos 15 kilogramos, hace imposible el sostén de una temperatura uniforme y dificulta el servicio.

Macé (*Soc. d'Obst.* de París, 1905) propone un medio sencillísimo: la barita hidratada. Sumergida durante cinco minutos en agua hirviendo y colocada en un recipiente envuelta en lana ó franela con el objeto de que la radiación esté entorpecida, se logra un calor constante que no exige la repetición de la operación más que cada siete horas.

X. El célebre L. Hirsch, estudiando las causas de la miopía (*Soc. de Med. berlinesa*, 1905), dice que sabemos poco de sus lesiones ana-

tómicas; todo lo más que aumenta el volumen del globo, especialmente en sentido anteroposterior, atribuible sobre todo el cuerpo vítreo. Cree que hay, durante el esfuerzo de acomodación, una hiperemia coroidiana con trasudación en el vítreo, de lo que resulta el aumento de éste. Los trastornos vítreos, frecuentes en los miopes, hablan en pro de esta hipótesis.

El trabajo á corta distancia no sólo daña á los jóvenes (Cohn) sino también á los adultos: en 640 tipógrafos ha encontrado 240 miopes; en los mecanismos de precisión había el 18 por 100, casi todos ellos miopes después de la juventud.

Opina que para prevenir la miopía hay que evitar cuanto se pueda el trabajo de cerca en las escuelas, interrumpirlo de cuando en cuando en las profesiones nocivas, entre las cuales incluye la medicina, aconsejando á los médicos que lean menos, que escriban menos y... que publiquen menos.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. La anquilostomiasis (anemia de los mineros en España), por el doctor D. José Codina Castellví. Madrid, 1905.
II. Paludismo, por los discípulos del Dr. D. Bartolomé Huertas. Guayaquil, 1904.
III. Cartilla antialcohólica, por el Dr. D. Miguel Casañet. Madrid, 1905.

I

Las notables conferencias que en la Real Academia de Medicina ha dado el Dr. Codina acerca de la anquilostomiasis, han sido condensadas en un folleto tan expresivo de los conocimientos que el autor posee de esta enfermedad, que por sí constituye una Monografía sumamente instructiva del asunto. Estudia la enfermedad como un padecimiento que sufre el individuo, ó sea su patología médica, y como enfermedad social que compete á la higiene pública.

Considera de tal importancia este asunto, que aboga por la creación de una lucha contra la anquilostomiasis, para cuyo efecto es preciso conocer la causa de la enfermedad en la biología del pará-

sito que la determina; los caracteres del padecimiento y la patogenia del proceso. Todos estos síntomas son estudiados con gran acopio de datos y con un criterio muy razonado del asunto, sin que falte la exposición de lo que él conceptúa necesario hacer en el minero, en las minas, y todo, en fin, cuanto puede servir de base para la lucha antianquilostomiásica.

Completa su trabajo con la presentación de 50 casos clínicos de su práctica particular respecto de esta enfermedad, lo cual da más valor á tan interesante Monografía.

Cuantos lean este trabajo podrán quedar satisfechos sus deseos de conocer lo más interesante relacionado con la clínica de esta enfermedad, que tanto estrago hace en la colonia minera.

Esta publicación del Dr. Codina es una más de las muchas buenas que nos ha dado á conocer, y espero que esta opinión sea confirmada por cuantos la lean.

II

Conceptuamos esta publicación como una prueba de laboriosidad de los discípulos del Dr. Huertas, y como demostración de los conocimientos y dotes didácticas del Profesor que ha sabido hacer tan excelentes discípulos.

Aventajadísimos alumnos han condensado en unas cuantas páginas cuanto á la materia se refiere, y lo han hecho con gran conocimiento de lo que la ciencia ha estudiado hasta la actualidad de asunto como éste, que en algunas regiones ha llegado á despertar preocupación á los Poderes públicos y alarma á los habitantes de las comarcas en donde el paludismo se padece.

El estudio es completo, pues en los capítulos de etiología, anatomía patológica, formas clínicas, principalmente en la descripción de la forma perniciosa en sus variadas manifestaciones, resulta el trabajo claro, clínico y de gran espíritu práctico, que hace esta publicación digna del mayor aprecio y aplauso.

La Revista se complace en felicitar á tan aventajados alumnos por su meritoria obra científica.

III

Cuanto se trabaje y escriba para desterrar ó aminorar el alcoholismo ha de contribuir al mejoramiento individual y social, pues debe convenirse en que es uno de los vicios sociales más perniciosos para el individuo, la familia y el bienestar general.

En forma gráfica y con minuciosa descripción de lo que el alco-

holismo significa, presenta el Dr. Casañet la cuestión de manera tan comprensible, que su Cartilla ha de prestar gran servicio á la sociedad, pues al poner de manifiesto los peligros que el alcoholismo encierra é indicando las ventajas de su corrección, se contribuye al bienestar, progreso y civilización de los pueblos. Desde este punto de vista, esta obra es excelente, además de sus condiciones de clara exposición y de fondo científico.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 24 de Febrero de 1906.

Datos clínicos acerca del tratamiento sereterápico en las infecciones de origen intestinal.—El Dr. *Mariani* manifiesta que conoce un caso en que la aplicación del suero Durán ha dado un resultado tan maravilloso, que indudablemente el enfermo debe la vida á las inyecciones de dicho suero; pero que antes de darlo á conocer se ocupará brevemente de las infecciones intestinales. Dice que existen dós tipos en estas infecciones tíficas: la fiebre tifoidea y el tifus exantemático, ambos estados de marcha conocida y precisa, pero que entre estas dos afecciones tíficas hay estados intermedios denominados paratíficos que no pueden incluirse en uno ni en otro grupo de infecciones, y que de estos estados hay que excluir la gripe, porque aun cuando se habla mucho de gripe abdominal, ésta tiene un carácter distinto, en nada parecido al tifus, fiebre tifoidea, ni paratifus.

Que en cuanto á los estudios que está haciendo el Dr. Durán, sólo ha de ocuparse de la parte clínica, pues al autor deben dejarse las primicias de sus investigaciones.

Que las formas paratíficas de que se viene hablando son las más interesantes, porque son las menos conocidas, y aquellas en que el suero Durán está más indicado.

Que el caso á que antes ha aludido es el siguiente: Niño de doce años, á quien vió en julio último, y el cual presentaba fiebre poco definida de origen intestinal, de las que antes se denominaban «gástricas», y que las temperaturas eran muy elevadas. Que no volvió á ver al niño hasta octubre, por haberse ausentado éste de Madrid, sabiéndose entonces que había mejorado, pero que á los veinte ó treinta días de estar en San Sebastián, volvió la fiebre con carácter remitente, pudiendo observar que el enfermo estaba pálido y desnutrido y con pocos síntomas abdominales, si se exceptúa la astricción de vientre.

Que la temperatura por las noches llegaba á 39° y medio, y en ocasiones á más, lográndose disminuir la fiebre por medio de la desinfección intestinal.

Que á primeros de noviembre, las temperaturas subieron, comenzando á presentarse fenómenos cerebrales, vómitos y pérdida del conocimiento, en vista de lo cual se celebró consulta, y pensándose que se trataba de una de estas fiebres paratíficas de infección no bien definida, el Dr. Fernández Gómez propuso, y así se acordó, que el Dr. Durán le pusiera una inyección de su suero. A la primera inyección, puesta cuando el niño estaba en verdadero estado preagónico y la temperatura era de 40°, descendió; á la segunda inyección también bajó aquélla, y á la tercera el descenso fué brusco, el enfermo entró en convalecencia, y á los quince días el niño comía. Vive, pues, por las inyecciones de suero, cuyo efecto fué inmediato.

Otro caso se refiere á una enferma que ingresó en el Hospital de la Princesa con una infección paratífica, puesto que el examen bacteriológico no comprobó el bacilo de Eberth. A su ingreso acusaba 39° de temperatura, que subió á 41° y dos décimas, sosteniéndose en 40 y medio unos días, y al octavo de estar en el Hospital, la temperatura descendió más que en los días anteriores, pero el estado de la enferma era de estupor con delirio, cara descompuesta y manchas petequiales. No se trataba de tifus ni de fiebre tifoidea. Hechas las inyecciones de suero por el Dr. Durán, la temperatura descendió grado y medio. En este caso el efecto del suero no es tan decisivo como en el primero, pues si bien se ha logrado el descenso de temperatura, no se ha obtenido la curación de la enferma, debido á que el suero que se la inyectó no tenía todo su poder antitóxico, por no haber suero preparado en condiciones convenientes. Termina el Dr. Mariani manifestando que el baño sólo produce buenos efectos en el tifus, es decir, cuando está comprobada la existencia del bacilo de Eberth, pero no en los paratifus, y que estas fiebres paratíficas tienen como característica la irregularidad de las curvas térmicas.

El Dr. *Huertas* manifiesta que en la epidemia de tifus exantemático ocurrida en Madrid en 1903 pudo observar casos dudosos, por lo cual examinó con el Dr. Durán los enfermos instalados en el Cerro del Pimiento, dividiendo los casos en típicos y atípicos, encontrando este profesor la presencia de un diplococo especial en las heces, en la orina y en la sangre; diplococo que, si bien es verdad que ya había sido estudiado por Dydier en los bronquios, sólo existía, según este investigador, transitoriamente en la sangre, considerando al proceso localizado en los bronquios, mientras que el Dr. Durán ha podido afirmar de modo categórico que dicho diplococo no se encuentra transitoriamente en la sangre, sino de modo permanente, como también en las heces y en la orina. Datos que permitieron aclarar el diagnóstico en los casos dudosos.

Respecto al suero, manifiesta el Dr. Huertas que si hasta ahora no ha logrado el Dr. Durán producir una inmunización completa, que seguramente puede esperarse de la prosecución de sus trabajos.

El Dr. *Iglesias* pide al Sr. Slocker que ampliara los detalles concernientes al caso expuesto, á fin de que la Academia, con más conocimiento del suero Durán, pudiera tratar del asunto.

El Dr. *Slocker* expuso que al hacer la comunicación no había tratado de preconizar uno de esos sueros industriales que dan lugar á justa desconfianza, sino de dar á conocer los trabajos del Dr. Durán, que ofrecen todas las garantías apetecibles de seriedad, y de cuyo acierto es testimonio elocuente, tanto el caso expuesto por él como los dados á conocer por el doctor Mariani, toda vez que tanto en aquél como en éstos se obtuvo por el suero un descenso térmico.

El Dr. *Mariani*, en apoyo de lo manifestado por el Sr. Slocker, afirma que el suero de que se trata no es un específico, ni un secreto, sino un suero científico, basado en trabajos de laboratorio, de los que no se ha ocupado por corresponder al autor el darlos á conocer.

El Dr. *Espina* hizo notar que si la Academia no puede tratar del asunto por desconocer las investigaciones del Dr. Durán, tampoco hubiera podido tratar, como lo ha hecho, de la tuberculina de Koch, y que, no obstante, lo que procedía era invitar al Dr. Durán para que diera lectura de su Memoria á la Academia.

El Dr. *Iglesias* manifiesta que el objeto que le había llevado á usar de la palabra era simplemente el de dar lugar á mayor amplitud en lo expuesto por el Dr. Slocker, y de ningún modo el de manifestar desconfianza alguna acerca de la seriedad de los trabajos científicos del Dr. Durán, por lo cual deseaba que así constara.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 5 de Febrero de 1906.

Un caso de hemianopsia.—El Dr. *Fernández Sanz* refiere un caso interesantísimo, por presentar con la precisión de un experimento de fisiología el síndrome que se asigna á la lesión de un determinado territorio cerebral y porque le ha servido para comprobar la participación que en la hemianopsia toman las diversas modalidades de la sensibilidad visual.

E. F., de cincuenta y tres años, sin antecedente alguno (ni alcoholismo, ni sífilis) ni propios, ni de familia. En primeros de abril de 1905 sintió un mareo súbitamente, y después adormecimiento en la mitad izquierda del cuerpo que duró quince horas, y luego en la mitad derecha, que ha persistido; más tarde notó torpeza en los movimientos y acorchamiento, frío, hormigueos en el pié y brazo derechos y debilitación de la memoria. En primeros de julio observó que veía mal por la derecha, tropezaba con los objetos y las personas por este lado; para leer necesitaba inclinar la cabeza de este lado, teniendo necesidad de acostumbrarse á escribir con la izquierda.

El 14 de julio lo vió F. Sanz; aparentaba ser más viejo (círculo senil), pero estaba bien nutrido. En el lado derecho incoordinación motora, temblor masivo, marcha lenta con los piés separados y pasos cortos; reflejos exaltados, especialmente el rotuliano derecho, sin clonus, ni Babingski; acorchamiento, no siente el suelo, hipoestesia tactil en los miembros dere-

chos, anestesia de los dos dedos internos de la mano; pérdida del sentido estereognóstico.

Abolición de las formas y colores en la mitad derecha de ambos campos visuales, conservando algo la sensibilidad luminosa en esta mitad. La mitad izquierda normal; reacción hemianópsica de Wernicke negativa: la motilidad ocular, reflejos pupilares y fondo de ojo normales. Amnesia, más acentuada la de fijación que la de conservación; el diagrama campimétrico, muestra estrechados en su porción derecha ambos campos visuales.

Este enfermo fué sometido al tratamiento yodurado y á los pocos días desapareció de la consulta y no ha vuelto á saber de él.

Hace consideraciones acerca del diagnóstico topográfico y del estado de las diferentes modalidades de la sensibilidad visual en los casos de hemianopsia. Y comienza analizando los síntomas que presentaba este enfermo.

Parálisis de los miembros derechos ó más bien paresia.—La ausencia de parálisis de la cara parece ser indicio de lesión cortical, pero la falta de fenómenos irritativos que eran de esperar en una alteración no brutalmente destructiva, hacen pensar en la lesión de la cápsula interna, pero no lesión directa, dado el grado moderado de la paresia, sino lesión mediata; el estar los conductores nerviosos del brazo y de la pierna situados en la parte más posterior de la cápsula interna, explica que, como ocurre en este caso, sean los interesados por una lesión situada por detrás de ella. El temblor y la incoordinación, lo mismo que los conocidos trastornos post hemiplégicos (hemicorea, hemiatetosis, etc.), se explican perfectamente por esta lesión retrocapsular de la substancia blanca.

Trastornos sensitivos.—Sábese que la representación sensitiva de los segmentos corpóreos está superpuesta en la corteza á la de la motilidad y su trayecto no es distinto del de las fibras motoras; la hipótesis del *carrefur sesitif* no es cierta en absoluto, porque, según modernos trabajos, en la cápsula interna van mezclados conductores sensitivos y motores, si bien parece que en su parte posterior predominan aquéllos, lo que explica los trastornos que presentaba este enfermo por la compresión que produciría la lesión retrocapsular admitida.

Hemianopsia.—La decusación que sufren las fibras del nervio óptico en el quiasma explica que una lesión retroquiasmática la produzca, pero como esta vía se extiende hasta el polo occipital del hemisferio, es preciso estudiar su localización en este caso.

La vía óptica rodea el pedúnculo cerebral y la parte posterior del tálamo óptico (pulvinar) y se arboriza; un ramo va al pulvinar y cuerpo geniculado externo, otro al tubérculo cuadrigémino anterior y otro al cuerpo geniculado también, y al tubérculo cuadrigémino posterior. El pulvinar, el cuerpo geniculado externo, y el tubérculo cuadrigémino posterior, parecen ser los centros ópticos primarios, estaciones de relevo para las impresiones visuales antes de llegar á la corteza; el tubérculo cuadrigémino anterior se cree que está consagrado á la función refleja (reflejos irídeos, acomodación), es decir, fuera de la vía que conduce las impresiones conscientes. Las fibras que van al tubérculo cuadrigémino anterior son las pupilares, destinadas á la visualidad refleja. Las que van al pulvinar y cuerpo geniculado externo son las de la visualidad consciente, allí se arborizan en

torno de una nueva neurona, cuyas prolongaciones (campo de Wernicke) forman un haz que va detrás y afuera del tálamo óptico (pedúnculo posterior del tálamo), y atravesando la parte más posterior de la cápsula interna, en su segmento retrolenticular, ingresan en el centro oval y terminan en el área visual de la corteza situada (Henschen) en la cara interna del lóbulo occipital en torno de la cisura calcarina.

Con estos datos va á precisar el sitio de la lesión retroquiasmática. Si radicara antes de la bifurcación de la vía óptica en fibras pupilares (reflejas) y fibras corticales (conscientes) la hemianopsia sería á la vez refleja y consciente, es decir, que la luz no provocaría ni reflejo pupilar ni reacción visual. Si radicase detrás, la luz provocaría reflejos, la hemianopsia sería sólo consciente. Esta distinción se evidencia por la reacción hemianópsica de Wernicke, destinada á demostrar el estado de la sensibilidad refleja de cada una de las mitades de la retina; el valor de este signo ha sido muy discutido. La perfecta sensibilidad refleja en este enfermo indica que la lesión radica detrás de la extremidad posterior del tálamo óptico.

En resumen, una lesión de la substancia blanca situada á nivel del segmento posterior del tálamo óptico, daría lugar á la vez á todos los síntomas que presentaba este enfermo.

Cuanto á la naturaleza de la lesión, la supone vascular, más bien trombósica, dado el comienzo gradual y sin ictus. Y analizando con gran acopio de datos la circulación cerebral, deduce que el proceso trombósico radica en la arteria coroidea anterior, que por ser arteria preferentemente capsular y porque riega la porción posterior de ésta, ha dado lugar á los trastornos observados; casos análogos de Kolisko prueban también esta afirmación.

Por último, se ocupa del problema de la disociación de las modalidades de las sensaciones visuales en la hemianopsia: Barel afirma que se conserva la sensación luminosa, á pesar de la abolición de la sensación de forma y de color: para explicarse esta disociación, expone tres hipótesis: Primera: supone que hay centros distintos para la sensación luminosa y para las de forma y color; la luminosa podría localizarse en los centros ópticos primarios; pero no puede aceptarse esta opinión, porque la sensación luminosa persiste en las hemianopsias basilares. Segunda: admite que la disociación de las tres modalidades visuales es debida al grado de intensidad de la lesión: las ligeras causarían sólo abolición de la sensación de color, las medianas de color y forma, y las intensas de color, forma y luz; pero no está probado que las lesiones unilaterales, por intensas que sean, den lugar á la abolición de la sensación luminosa. La tercera supone la existencia de fibras ópticas homolaterales, es decir, de fibras procedentes de cada mitad retiniana, que cruzan el hemisferio del otro lado, fibras demasiado escasas para permitir una sensación diferencial de color y de forma, pero suficientes para producir la sensación luminosa: esta hipótesis está en contradicción con el concepto actual de la orientación visual en el espacio, que exige la correlación de cada hemisferio con las dos hemirretinas homónimas. Estas tentativas de diferenciación de las modalidades de la sensación visual no han permitido aún llegar á ninguna conclusión cierta. Barel admite tres centros distintos para las sensaciones de luz, de color y de forma, pero estos supuestos carecen de base anatómica.

El caso que yo he observado confirmaba sólo parcialmente las conclusiones de Barel, pues si bien es cierto que se conservaba la sensación luminosa en la mitad hemianópsica de muchas retinas, estaba considerablemente disminuída, revelando una lesión del centro de la sensación de la luz, sea éste cual fuere.

El Dr. Gayarre: Como reconoce el Sr. Fernández Sanz, el caso no ha sido observado todo el tiempo necesario para poder formar juicio exacto respecto de la localización de la lesión. No habiendo ningún dato necrópsico, son excesivamente aventuradas las suposiciones que se hagan sobre el asiento del mal. La falta de rigidez (ó mejor dicho pereza) pupilar hemianópsica, es un criterio inadmisible en absoluto para localizar el supuesto reblandecimiento. Primero, porque falta aún la demostración segura de que exista tal forma de rigidez pupilar refleja. Segundo, porque aun concediendo que exista, es tan difícil demostrarla, que no puede concederse importancia decisiva al hecho de no haberla observado. En cambio, podría tener gran importancia su comprobación indudable en un caso determinado. Hay quien asegura que para ello es imprescindible un aparato especial (el de Kempner y Fragstein), con el que se puede determinar aisladamente una parte de la retina. Tercero, porque, aunque exista, su valor diagnóstico depende de la interpretación que se le dé. Heddæns supone que dicha rigidez no es más que la falta del reflejo cortical de Habb, el cual se produce al iluminar la parte sensible, pero no cuando se ilumina la parte insensible. Por tanto, la existencia de la rigidez no prueba sino que hay hemianopsia, pero nada dice respecto del sitio de la lesión. Cuarto, porque el síntoma rigidez pupilar hemianópsica fué establecido teóricamente por Wernicke, con arreglo á las ideas anatómicas dominantes entonces respecto de la marcha de la porción aferente del arco reflejo pupilar. Pero hoy se tiende cada vez más á admitir que la lesión de la rigidez pupilar no está entre el cuerpo geniculado externo y los núcleos de origen del tercer par, sino en la médula cervical (consúltense los trabajos de Bach). Reichardt cree haber demostrado en médulas de tabéticos paralíticos que la lesión causal de la rigidez pupilar reside en la zona intermedia de Bechterew, en el segundo y tercer segmentos cervicales. Todo esto demuestra que no puede de ningún modo utilizarse dicha rigidez (y por tanto su falta) como signo de localización.

No ha dicho el Dr. Fernández Sanz si el escotoma era positivo ó negativo. Valía la pena de haber examinado este punto, porque hay quien supone (Dufour), que cuando la lesión es cortical ó supranuclear, el escotoma es negativo, el enfermo no advierte que le falta parte del campo visual; esto es, se conduce en la visión como el punto ciego en la visión normal, mientras que si la lesión es infranuclear (esto es, del tractus), el escotoma es positivo (el enfermo sabe que no ve ó ve negra la parte correspondiente al escotoma). Es posible que no se compruebe esta disposición, porque generalmente se admite que sólo en las lesiones del nervio óptico ó del bulbo hay escotoma central positivo. Yo he visto hace muy poco un caso de neuritis retrobulbar con escotoma positivo central.

La exploración de la alexia ha sido, por lo visto, muy superficial. En un caso de hemianopsia derecha debió ser mucho más detenida. Lo mismo sucede con las alucinaciones. Debió examinarse si había fotopsias ó alucina-

ciones visuales propiamente tales é intentar provocarlas, como ha hecho Liepman en los alcohólicos. Precisamente estos casos de hemianopsia tienen importancia para la teoría general de las alucinaciones en lo que se refiere á su origen periférico ó central.

El Dr. *Sanz Blanco* hace observaciones muy atinadas referentes al escotoma, de cuyas variedades hace un estudio muy prolijo y muy interesante.

El Dr. *Márquez*, conforme con el Dr. Fernández Sanz en lo que se refiere al sitio de la lesión. Este caso y otros análogos, dice, demuestran la existencia del entrecruzamiento quiasmático. Recuerda que fué Newton quien ideó esta hipótesis, utilizada después para explicar algunos casos de hemianopsia, singularmente el del célebre físico Wollaston. En un trabajo de investigación histórica ha demostrado Márquez que el oculista inglés Taylor publicó, en 1738, un esquema en que se demostraba la necesidad de este cruzamiento para poder comprender bien ciertos hechos de fisiología y de patología. Kolliker era partidario del entrecruzamiento total de las fibras quiasmáticas, pero el notable trabajo de Cajal le hizo volver á investigar, así como á rectificar después noblemente, adhiriéndose á la opinión del sabio maestro español.

Pero aún hay otro aspecto de la cuestión, que él hubiera querido escuchar, expuesto con la maestría á que nos tiene acostumbrados el Dr. Fernández Sanz: es el que se refiere á la teoría, formulada por Cajal, de los entrecruzamientos nerviosos, á partir del cruce de las fibras ópticas, en los animales inferiores, la cual arroja viva luz sobre el hecho tan conocido y tan inexplicado hasta el presente de que cada hemisferio cerebral preside la inervación de la mitad opuesta del cuerpo.

En este punto, el Dr. Márquez, valiéndose de esquemas en el encerado, explica de modo admirable las ideas de Cajal sobre los entrecruzamientos, por la evolución que se produce en la serie animal, en la disposición de las vías ópticas; al aparecer el cristalino en la serie animal, en el ojo, éste forma ya una imagen que no es derecha, como en otros seres aún más inferiores, sino invertida por el mecanismo físico de la cámara obscura, y valiéndose de un esquema, hace ver la necesidad de que este cruzamiento físico de los rayos luminosos quede anulado por otro cruzamiento anatómico de las fibras ópticas, que se ven así obligadas á ir al hemisferio opuesto del todavía rudimentario cerebro de estos animales, para que la imagen resulte congruente con la del otro ojo, que por razones análogas se asienta en el otro hemisferio. A su vez, como el animal tiene que reaccionar con impulsos motores por el mismo lado por donde recibió la excitación visual, las fibras motoras que en sentido descendente parten de la corteza cerebral, tienen que volver á cruzarse para ir otra vez al mismo lado del cuerpo de donde partió la excitación óptica. Y como lo mismo tienen que hacer las fibras sensitivas y sensoriales de los otros sentidos, se explica así perfectamente el entrecruzamiento de todas las vías nerviosas centrales, opinión que han aceptado con entusiasmo los más sabios neurólogos del mundo.

En vista de esto, recomienda á los neurólogos y oculistas españoles que lean el hermoso trabajo, menos conocido en nuestra patria de lo que debiera serlo, del Dr. Cajal. Así es que el Dr. Ronchon-Duvigneud dice que los trabajos de Cajal sobre la retina y vías ópticas centrales, son como la Bi-

blia en estas materias, en las cuales no se puede dar un paso sin tenerlas constantemente á la vista. Termina felicitando calurosamente al disertante por lo bien estudiado y razonado del caso, que ha sido origen de su notable exposición.

El Dr. *Fernández Sanz* dice que, efectivamente, si el caso hubiese terminado con necropsia habría sido más interesante, pero porque no la hubiera no hay que dejar de discutir ni estudiar el caso, aunque para ello haya que poner á contribución los conocimientos teóricos necesarios.

La mayoría de las objeciones del Dr. Gayarre las he hecho porque ha llegado tarde á esta sesión, por eso no ha oído decir cómo él exploró la alexia, cómo sustituyó el aparato de Kempner y Fragstein, cómo él no da un valor enteramente positivo á la falta de rigidez pupilar, etc.

El Dr. Márquez le hizo notar la falta de deducciones acerca del entrecruzamiento de las vías ópticas, y en verdad que no es posible dar gusto á todos, pues mientras unos conceptúan esto como divagaciones, á otros todo les parece poco; él se alegra no haberlo expuesto, porque así lo ha hecho con gran acierto el Dr. Márquez.

PERIÓDICOS

Investigaciones sobre el tifus exantemático.—En la *Revista de Sanidad Militar*, publica el Dr. D. Jerónimo Durán, el siguiente artículo que creemos de gran interés y de actualidad:

«Sabido es que hace más de año y medio ó dos años se manifiestan, predominando en Madrid y acaso en toda España, gran número de infecciones de origen intestinal. Este hecho, que todo clínico ha observado, ha sido causa de que emprendiese una serie de trabajos encaminados al diagnóstico bacteriológico de dichas infecciones, cuyo objeto principal ha sido la comprobación del método de suerodiagnóstico de que somos autores el señor Salazar y yo.

Podemos considerar el diagnóstico clínico en las infecciones: como de sospecha, por lo que á la etiología se refiere, y de confirmación, al bacteriológico, marcándose siempre la necesidad de marchar aunados, pues de otro modo suscitan duda; el primero, por falta del dato más positivo, y el segundo, por ignorar si la investigación bacteriológica ha sido bien dirigida.

A este doble punto de vista del diagnóstico etiológico de las infecciones corresponden: por una parte, las manifestaciones resultantes de la invasión del organismo por el agente morboso, síntomas, y por otra, la investigación de presencia de dicho agente en el organismo enfermo, causa.

Concretándonos al estudio de las infecciones de origen intestinal, ¡raro es el caso en que la clínica no manifieste de un modo visible la índole de la infección, no ya en lo que á su naturaleza se refiere, ¡sino en lo que afecta á la vía de penetración del germen, sobre todo en las de índole tífica, que si

pudieran confundirse con otras infecciones, el suerodiagnóstico de grupo, respecto de las intestinales, serviría probablemente para desvanecer toda duda.

Como el suerodiagnóstico viene á ser como lazo de unión de la clínica y el laboratorio, por ser investigación de un síntoma, aglutininas, por su acción sobre las bacterias, fenómeno de aglutinación, no podemos dejar de ocuparnos de este método como necesario para el diagnóstico de las infecciones intestinales, que auxilia grandemente la investigación bacteriológica.

Estas infecciones, como es sabido, son determinadas como bacterias conocidas por el bacilo Eberth, el bacilo coli y un grupo de bacterias intermedias, que por sus caracteres morfológicos y biológicos han sido designadas con el nombre de paratíficas y clasificadas en dos grupos, paratifus A y paratifus B, según que por sus caracteres se aproximen al bacilo Eberth ó al coli, considerados como límites del grupo y representados por los bacilos de Kayser y Schottmüller respectivamente.

Las infecciones producidas por estas bacterias afines en sus condiciones morfológicas y biológicas, dan lugar á aglutininas, también afines entre sí, y, por consiguiente, todo germen de este grupo será aglutinado en más ó en menos por el suero del enfermo invadido por uno de ellos.

En presencia, pues, de un enfermo tífico (entiéndase que no damos á este carácter más valor que el de estupor), y ante la sospecha de ser debido su estado á una infección intestinal del grupo que nos ocupa, debe procederse primeramente á confirmar esta sospecha, determinando después cuál de dichos gérmenes es el causante de la infección. A este fin, y teniendo en cuenta que el bacilo Eberth es el germen que con más frecuencia determina procesos intestinales de forma tífica, debe someterse dicho germen á la acción del suero del enfermo como punto de partida de la investigación del suerodiagnóstico, determinando la especie bacteriana del proceso según el mayor grado de aglutinación con relación al bacilo Eberth, al paratifus A de Brion y Kayser, al paratifus B de Schottmüller ó el colibacilo, siendo en consecuencia clasificada la infección de eberthiana, paratífica ó colibacilar.

Este método completo de suerodiagnóstico evita las dudas de un suero diagnóstico único por lo que se refiere al carácter específico del fenómeno de aglutinación, que, considerado con relación á una sola bacteria, obliga á tener en cuenta el título de dilución del suero, que si bien respecto del bacilo Eberth ha venido considerándose como específico al 1 por 30, trabajos posteriores realizados con los sueros paratíficos obligan á buscar títulos más altos y á sospechar de aquellos casos en que no llega á realizarse la aglutinación en esta proporción, habiéndose establecido como regla que cuando el poder de aglutinación del suero de un enfermo no sobrepase este límite para el bacilo Eberth, debe realizarse el suerodiagnóstico con los paratifus.

La investigación debe realizarse en la sangre, excreta y productos patológicos del enfermo, pues es sabido que, si bien el origen de las infecciones eberthianas y paratíficas es, en la generalidad de los casos, intestinal, en otras ocasiones el punto de entrada del germen radica en otro punto y exi-

ge, por tanto, ampliar la investigación á otros elementos suministrados por el enfermo.

Como se consigna en un principio, mis primeras investigaciones se dirigieron á comprobar el suerodiagnóstico eberthiano en enfermos cuyo síndrome clínico inducía á sospechar un proceso de esta índole.

En vista de mis investigaciones de suerodiagnóstico y de los análisis de sangre, heces y orina, he conseguido ampliar el estudio á más de 100 enfermos de la epidemia reinante, pudiendo afirmar antes de exponer el resultado total de mis investigaciones y dar sucinta idea de los caracteres clínicos del proceso que me ocupa:

1.° Que en más de 100 casos de infección intestinal de orden tífico no he encontrado más que 2 ó 3 de fiebre eberthiana.

2.° Que en todos los enfermos he encontrado un mismo germen en heces, sangre y orina.

3.° Que dicho germen ha sido encontrado en los enfermos diagnosticados de tifus exantemático en el Cerro del Pimiento.

4.° Que del mismo modo ha sido encontrado en las actuales infecciones intestinales, sin exantema, de curso clínico muy irregular, principalmente en lo que afecta á la temperatura.

5.° Que el germen es un diplococo.

6.° Que la epidemia que hace tiempo existe en Madrid, existe en varias provincias de España.

7.° Que las diversas formas clínicas de la infección dominante deben ser consideradas, por lo que á su etiología se refiere, como formas de la infección aguda que ha sido diagnosticada por los clínicos en Madrid como tifus exantemático.

Una infección de un orden cualquiera que sea podrá ser benigna:

Por resistencia orgánica, natural ó adquirida por una infección anterior;

Por escasa virulencia del germen que la produce; y

Porque, aun siendo virulento el germen, su penetración en el organismo se realiza en escasa cantidad.

Entre este grado mínimo de infección y el máximo, representado por la cantidad de germen virulento necesaria para matar al hombre en plazo fijo, considerado como animal de experimentación, claro se está que existen grados intermedios.

Se comprende, por consiguiente, la variabilidad sintomática de una misma infección y la necesidad del criterio adoptado en la clínica, de describir, por regla general, una forma benigna, otra de mediana intensidad y otra grave, sin que esto implique la necesidad de ajustar todos los casos á uno de los tres tipos.

Las formas típicas de tifus exantemático son las que he observado en gran número en el Cerro del Pimiento, sin duda porque lo completo del cuadro era causa de que con ellas se cumplieran las disposiciones sanitarias vigentes, contrastando con la escasez de otras formas que no se consideraban como tifus exantemático por la falta de un exantema intenso ó la ausencia total del mismo.

Manifiestan los enfermos de esta forma un comienzo que pocas veces discrepa de unos á otros, y es la invasión brusca, por regla general con cefa-

lalgia intensa ó dolores periféricos y estreñimiento, que con angina en algunos, va acompañada de elevación rápida de temperatura, que alcanza 40° próximamente, con visible hiperemia conjuntival. Súmanse pronto á estos síntomas el estupor y lengua blanquecina, que pronto se torna seca y rojiza en la punta y bordes, llegando á cubrirse de capa densa y obscura, con fuligo en las encías. La presión abdominal no demuestra gorgoteo ni dolor ilíaco, pero sí dolorimiento general con timpanización después y escasísimo aumento de volumen del hígado y bazo, que en algunos no es perceptible. El delirio se manifiesta en forma violenta.

La temperatura, elevada en sus comienzos, tiende á descender en forma gradual, sin que el estupor y delirio desaparezcan ni casi disminuyan en intensidad hasta la terminación del proceso, proximamente al duodécimo día de enfermedad, persistiendo el estado de estupor y marcada infección con temperaturas de 37° y aun inferiores. Las temperaturas se invierten en ocasiones en el curso del proceso, y es notable la tendencia á las recaídas cuando se alimentan antes de tiempo.

La terminación mortal en esta forma se revela generalmente por elevación rápida de temperatura, que llega y sobrepasa de 41°, si bien en otros casos la muerte sobreviene con temperaturas bajas, probablemente por parálisis centrales.

Las epistaxis y hemorragias intestinales son frecuentes, sobre todo en las formas de exantema intenso, que se manifiesta desde los primeros días.

Las formas atípicas pudiera decirse que tienen su característica en la diferencia notable que, con relación á las anteriores, existe en la temperatura y el exantema.

Por regla general, el comienzo en estas formas no se manifiesta bruscamente, pero las cefalalgias ó neuralgias periféricas con quebrantamiento general domina en ellos, así como el estreñimiento. La temperatura, si bien alcanza bastante elevación en muchos casos, se realiza ó gradualmente ó con remisiones muy acentuadas, marcándose en ocasiones temperaturas inferiores á la normal, hasta que transcurridos unos días persiste elevada con ligeras remisiones, agravándose el enfermo ó terminando con remisiones que la conducen á la normal, alrededor de cuya temperatura oscila, sin que la terminación del proceso sea positiva hasta que las temperaturas bajas persisten por algún tiempo. En estas formas la lengua está cubierta de capa blanquecina, sin fuligo y más húmeda, el abdomen menos timpanizado, si bien dolorido, no existiendo aumento de hígado ni bazo en la generalidad de los casos.

El estupor, si bien existe, es moderado, y el enfermo en período álgido contesta acorde, pero con pereza intelectual. No existe delirio violento, pero sí subdelirio en ocasiones.

Las recaídas en estas formas son más frecuentes que en la típica, dando lugar á que estos enfermos prolonguen su estado dos ó más meses. Las neuralgias después de la enfermedad y durante ella son más frecuentes también, y los exantemas más limitados, consistiendo en pequeñas y discretas manchas que desaparecen á la presión y reaparecen cuando la presión cesa.

Como he consignado anteriormente, mis primeras investigaciones en

estos enfermos se dirigieron á realizar el suerodiagnóstico con el bacilo Eberth, que no daban resultado positivo en titulaciones superiores al 1 por 20. Realizadas pruebas de suerodiagnóstico con el paratifus B, pude observar un poder de aglutinación superior al que presentaba con el bacilo Eberth, pero no específico.

Sabido es que el método de investigación del bacilo Eberth en heces y orina se realiza sometiendo á la aglutinación de un suero específico las diversas colonias azules que se desarrollan en el medio de Drigalsky y Conradi, considerado hoy como método clásico de aislamiento del citado germen. Procediendo á la práctica de este método, pude notar que ninguna de los colonias azules desarrolladas en las siembras de heces y orina se aglutinaban francamente por el suero específico de un animal de laboratorio fuertemente inmunizado contra el bacilo Eberth, y las colonias azules que manifestaban alguna aglutinación macroscópica en gota sobre porta, examinadas al microscopio resultaban hallarse constituídas por diplococos.

Repetida la observación con varios enfermos y no encontrando en ellos bacilo de Eberth, á pesar del diagnóstico clínico de fiebre tifoidea, sospeché que pudiera tratarse de otro proceso infeccioso intestinal, acaso debido al citado diplococo por la persistencia en presentarse en las siembras de enfermos análogos, y especialmente el hallarlo constantemente en la orina.

Lógico era pensar que de ser el diplococo la causa del proceso, y encontrándose en heces y orina, había de encontrarse probablemente en la sangre, y á este objeto comencé á practicar siembras, cuyo resultado fué la confirmación de mis sospechas.

La identidad de los gérmenes hallados en heces, sangre y orina entre sí, y con los aislados de distintos enfermos, basada en sus condiciones morfológicas y biológicas, las pruebas realizadas en demostración de que es germen patógeno y no de asociación, y la manera de hacer el diagnóstico de estos enfermos, han sido comprobadas y serán motivo de una comunicación cuyas conclusiones puedo anticipar, y son:

1.ª Las infecciones diplocócicas que me ocupan pueden presentar dos formas:

a) Típica, que se ajusta al cuadro del tifus exantemático.

b) Atípica, de sintomatología variable:

2.ª La infección es de origen intestinal en la generalidad de los casos.

3.ª El diplococo se encuentra en gran cantidad en la sangre.

4.ª Se elimina por la orina.

5.ª No es germen de asociación del bacilo de Eberth ni del bacilo coli.

6.ª No es germen saprofito, sino patógeno.

7.ª No se encuentra normalmente en la sangre.

8.ª La inmunización de animales con el germen da lugar á la producción de *anticorps* específicos, utilizables en la terapéutica de estos enfermos». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 21 de Febrero de 1906.

Cirugía de las vías biliares. — El Dr. *Quénu* cerró la discusión revisando sus puntos principales y haciendo algunas observaciones á propósito de cada uno de ellos.

En este debate se han discutido, sobre todo, dos cuestiones: el diagnóstico de las causas de retención de la bilis en las vías biliares principales — cálculos de dichas vías, cáncer ó esclerosis del páncreas —, y la técnica operatoria en las intervenciones exploradoras ó curativas sobre las referidas vías.

Respecto al diagnóstico, cree el Dr. Quénu, igual que el Dr. Hartman, que es posible muchas veces, antes de toda intervención, sólo por el estudio de los signos clínicos, distinguir una obstrucción calculosa del colédoco de otra del mismo conducto debida al cáncer de la cabeza del páncreas. Los caracteres de la retención biliar — variabilidad de la ictericia en el primer caso, progresión continua en el segundo — son desde este punto de vista un elemento diagnóstico de primer orden. No puede concederse tanto valor á las crisis de cólicos hepáticos anteriores y á los accesos febriles.

Cuanto al diagnóstico diferencial — preoperatorio — entre la pancreatitis crónica y el cáncer de la cabeza del páncreas, de una parte, y entre la pancreatitis crónica y la litiasis biliar, de otra, el Dr. Quénu cree que este diagnóstico es á veces imposible y siempre dificilísimo. En general, las variaciones en la intensidad de la ictericia — y no una ictericia permanente y progresiva, como pretende el Dr. Hartman — constituyen un signo de presunción en favor de la pancreatitis crónica; pero en lo referente al diagnóstico diferencial entre esta afección y la litiasis biliar, no existe carácter alguno en que podamos fundarnos con seguridad: es imposible, en particular, pretender hacer un diagnóstico exacto fundándose en las distinciones vagas que se han querido establecer entre los cólicos hepáticos y los pancreáticos.

En realidad, el diagnóstico sólo es posible hacerlo, las más de las veces, hasta después de practicada la laparotomía. Pero en ciertos casos, aun después de abierto el viente, la vista y la palpación no bastan para asegurar el diagnóstico. Cuando se trata, sobre todo, de un cálculo de la porción pancreática del colédoco, es preciso muchas veces, para conocer la naturaleza de la retención, recurrir á la duodenotomía, seguida de cateterismo de la ampolla de Vater, ó de incisión del colédoco. El cateterismo simple del colédoco puede, en efecto, ser insuficiente para afirmar ó negar la existencia de un cálculo en dicho conducto, á causa de las sensaciones falsas

que proporciona el choque de una sonda, aun metálica, contra cálculos tan blandos como lo son los biliares.

Se ocupó después el Dr. Quénu, á la ligera, de la retracción ó dilatación de la vesícula biliar como elemento de diagnóstico diferencial entre el cáncer de la cabeza del páncreas y la litiasis biliar, de una parte; entre los cálculos del colédoco y los del doble conducto hepatocístico, de otra. Respecto á este particular, manifestó seguía siendo fiel á la teoría del profesor Terrier, que, diga lo que quiera el Dr. Delbet, es verdadera en la mayor parte de los casos.

Ocupándose, por último, de la técnica de las intervenciones practicadas sobre las vías biliares, manifestó el Dr. Quénu que sólo iba á ocuparse de la coledoco-enterostomía y de la exploración y desagüe de las vías biliares por el método de Kehr.

Respecto á la primera operación, se atiene á lo indicado al ocuparse del caso del Dr. Brin, á saber: que esta operación, aunque lógica, á causa de las grandes dificultades de su ejecución, sólo está indicada en casos excepcionales; por ejemplo, en las retracciones del colédoco por adherencias indestructibles ó por pancreatitis crónica.

En lo referente á la exploración y desagüe de las vías biliares por el método de Kehr, se limitó el Dr. Quénu á recordar que ha sido uno de los primeros en aconsejar un procedimiento análogo en ciertos casos de litiasis del colédoco; pero no le aplica sistemáticamente á todas las de litiasis de las vías biliares, sino que le reserva para los casos en que la litiasis se complica con angiocolitis. En la litiasis sin infección, la colecistectomía ó la talla simple del colédoco son operaciones suficientes casi siempre.

Terminó el Dr. Quénu su comunicación manifestando que ha empleado en 6 casos nuevos el desagüe de las vías biliares por el método de Kehr. Los 6 enfermos curaron.

Cuerpo extraño de un bronquio. — El Dr. *Picqué* presentó una moneda de 50 céntimos extraída por el Dr. Guisez de un adulto; empleó para ello la broncoscopia directa. El cuerpo extraño llevaba alojado en las vías respiratorias cuatro semanas. En el momento de ser aspirado, produjo accidentes de sofocación bastante fuertes que tardaron poco en cesar; el enfermo toleró después bien el cuerpo extraño, pero después volvió éste á producir accidentes penosos — dolores, expectoración purulenta, accesos febriles —, que hicieron precisa la intervención.

La radiografía demostró que el cuerpo extraño se hallaba localizado en la bifurcación del bronquio grueso derecho. La broncoscopia directa, por la vía bucolaríngea, confirmó esta localización y permitió al Dr. Guisez extraer la moneda con la pinza especial. El enfermo se restableció por completo.

Fractura del olécranon. — El Dr. *Picqué* presentó un enfermo que sufrió la fractura del olécranon á consecuencia de una caída desde un sitio elevado. La separación de la apófisis era grande. El Dr. Picqué la sujetó rodeándola con hilo metálico. El resultado funcional es satisfactorio en alto grado.

Fístula faringocutánea. — El Dr. *Broca* presentó un niño que padecía fístula faringocutánea, la cual fué tratada por la extirpación, ejecutada en

dos tiempos: la porción mayor del trayecto fistuloso fué extraída por una incisión que circunscribía su orificio cutáneo; después el Dr. Broca extirpó la porción profunda faríngea del trayecto fistuloso por una incisión cervical lateral practicada oblícuamente debajo del ángulo izquierdo de la mandíbula. Esta operación en dos tiempos permitió extirpar por completo la fístula, y el resultado fué, gracias á ella, más satisfactorio desde el punto de vista estético.

Modificaciones histológicas producidas por la radioterapia en los cánceres escirrosos. — El Dr. *Walther* presentó varias preparaciones microscópicas de escirros mamarios tratadas por la radioterapia. En estas preparaciones se observa degeneración acentuada de las células epiteliales, invasión del escirro por la grasa y destrucción del tejido neoplásico por esclerosis.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 31 de Enero de 1906.

Fiebre recurrente africana. — El Dr. Roberto Koch: Desde que en 1873 descubrió Obermeier los espirilos de la fiebre recurrente en la sangre, reconociendo con ello su significación etiológica, han sido dichos microorganismos objeto de repetidas investigaciones por parte de diferentes observadores; yo mismo he hecho estudios acerca de este asunto. Verdad es que todas estas investigaciones no han dado hasta la fecha resultados muy satisfactorios. Lo que sí se comprobó fué que con la sangre que contiene espirilos es posible transmitir la enfermedad al mono; además se encontraron espirocetes en el cuerpo de chinches. Sólo cuando se aprendió á conocer una enfermedad que ataca á los indígenas del Africa Oriental, que evoluciona casi como la fiebre recurrente europea, y en la que se encuentran espirocetes en la sangre, fué cuando se entrevió la posibilidad de reanudar estos estudios, para lo cual se me proporcionó ocasión en mi último viaje al Africa Oriental alemana. La enfermedad se observa á lo largo de las rutas de las caravanas que atraviesan el Africa Oriental, pero también se presenta en lugares completamente apartados de esta gran zona geográfica.

En otro tiempo se realizaron ensayos de transmitir la enfermedad del hombre al mono por medio de garrapatas, pero no dieron resultado y tampoco se consiguió descubrir espirocetes en el cuerpo de dichos insectos. A pesar de esto, emprendí de nuevo esta clase de investigaciones, para lo cual me sirvió de mucho la gran práctica que tenía en preparar y disecar cuerpos de garrapatas. Examiné sistemáticamente un gran número de estos animales, reconociendo en serie sus distintos órganos, y conseguí encontrar, en casos no muy excepcionales, espirocetes en los ovarios de garrapatas.

La única especie que nos interesaba en este caso es el *ornithodorus moubata* que vive exclusivamente en la sangre humana, no prospera más que con una sequedad extrema, pasa el día arrastrándose por el suelo y por la noche se dedica á chupar sangre humana, para lo cual se dirige á las vi-

viendas habitadas. Yo he conseguido criar artificialmente, y durante mucho tiempo, estos ixodos, haciéndoles chupar sangre de mono.

El curso clínico de la fiebre recurrente africana es muy parecido al de la europea, con la diferencia de que mientras en la última dura cada acceso de cuatro á seis días, en la primera dura todo lo más tres; además, el número de espirocetes que se encuentra en la sangre es mucho mayor en la fiebre europea que en la africana. Los síntomas, complicaciones y enfermedades consecutivas son iguales en ambas formas morbosas, de tal suerte que la fiebre africana debe ser considerada tan sólo como una variedad de la recurrente europea y no como un padecimiento *sui generis*. Como los enfermos vistos por mí sanaron todos ellos, no puedo referir el resultado de ninguna autopsia; en cambio existen protocolos de autopsias de monos, en los que constan las lesiones características de las enfermedades infecciosas.

El espirocete africano es acaso un poco más largo que el europeo, pero en lo demás no difiere esencialmente de este último; está constituído por una especie de hélice muy fina, que gira lentamente y de un modo regular sobre su eje longitudinal, movimiento que se percibe con más claridad aun cuando se deslizá é insinúa por entre los glóbulos rojos. A veces se ve cómo se encuentran dos espirocetes y se enlazan para formar una hélice más gruesa. No estoy de acuerdo con la opinión de que los espirocetes pertenecen al grupo de los tripanosomas; no se ve en ellos ni núcleo, ni orla de pestañas vibrátiles, ni división á lo largo; todo lo más se puede observar una división transversal.

En el estómago de las garrapatas no se multiplican los espirocetes; al cabo de tres ó cuatro días ya no se encuentra ninguno. En cambio, se los encuentra después en el ovario, hallándose aquí en número mucho mayor, á veces hasta apelotonados, llegando á formar verdaderos ovillos. Cuando se examinan los huevos de tales insectos, se encuentran espirocetes en uno por cada cuatro ó cinco huevos; es posible que se multipliquen también en el interior de éstos.

Más allá de las rutas de las caravanas no es raro encontrar también garrapatas infectadas, lo cual hace pensar en que la fiebre recurrente no ha sido propagada por el tráfico, sino que debe estar muy difundida desde hace mucho tiempo en el Africa Oriental. Es probable que los niños de tales comarcas, por el hecho de haberse contagiado en una edad muy temprana, adquieren una inmunidad que les permite después convivir con las garrapatas sin el menor inconveniente y sin contraer la enfermedad. También es posible que el hombre que ha contraído una vez el padecimiento, conserve espirocetes en la sangre durante mucho tiempo. Se ha conseguido contagiar artificialmente las ratas; de aquí que no esté excluída tampoco la posibilidad de que ocurra esto mismo espontáneamente, con lo cual se les proporciona á las garrapatas una ocasión más de contagiarse.

Muchos de los monos contagiados artificialmente sucumben á la enfermedad. El siguiente hecho demuestra que el haberla pasado una vez confiere inmunidad; cuatro monos que habían enfermado gravemente, fueron infectados al mismo tiempo que otros cuatro que habían pasado una forma grave de la enfermedad. Ahora bien; mientras estos últimos volvieron á

enfermar, aunque levemente, los primeros no presentaron el menor síntoma.

No se conoce ningún remedio específico contra la enfermedad. La quinina es completamente inútil. Sin embargo, yo creo que cabe la esperanza de que ulteriores pesquisas nos lleguen á dar á conocer el ansiado específico. Quizá se consiga encontrar también un suero curativo en este caso.

Por fortuna, es posible evitar la enfermedad; se sabe por dónde andan las garrapatas durante la noche. En efecto, se albergan entonces en los troncos que soportan las chozas de los indígenas. Evitando estas chozas se evita el contagio. Este es un hecho que he observado en una expedición, en la que, lo mismo yo que los europeos que me acompañaban, y que los porteadores que nos rodeaban, quedamos exentos de la enfermedad, y, en cambio, de cinco porteadores que dormían por la noche en las cabañas de los indígenas, enfermaron cuatro. Esto, no obstante, como la enfermedad está difundida normalmente en una gran extensión, no cabe pensar en que pueda desarraigarse con ninguna clase de medidas sanitarias ó de desinfección.—(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD MÉDICA DE FILADELFIA

Sesión del día 13 de Diciembre de 1905.

Arterio-esclerosis como enfermedad general.—El Dr. *A. Stengel* dijo que en la actualidad se tiene un concepto más amplio que el que se tenía respecto al papel de la arterio-esclerosis como estado patológico independiente y como causa de varias enfermedades orgánicas. Antes de los trabajos de Gull y Sutton, el endurecimiento de los vasos era considerado sólo como un estado mecánico, que se oponía en cierto modo á la circulación y era capaz de originar varias complicaciones, entre ellas, la trombosis.

Los estudios modernos dividen la arterio-esclerosis en tres períodos. Primero, un primer período, difícil de reconocer en su principio y que confunde al clínico cuando intenta diferenciar la parte de los factores etiológicos del de la enfermedad arterial en el síntoma complejo. Segundo, un período medio, durante el cual la enfermedad arterial es fácil de conocer, pero en el que las alteraciones orgánicas desempeñan un papel de importancia variable. Tercero, otro período final de supresión del riego sanguíneo y de infecciones terminales. En el primer período, la prueba directa de la esclerosis de los vasos es imposible de demostrar, pero en cambio pueden existir ciertos síntomas generales y ser interpretados como consecuencia de las causas que producen la esclerosis de los vasos ó de la esclerosis incipiente. La dificultad del diagnóstico consiste en determinar la parte respectiva en el síntoma complejo.

Cree el Dr. Stengel que la alteración precoz de los vasos es la pérdida de su elasticidad y el descenso de su presión, y que cuando coincide con dicha pérdida de elasticidad la presión elevada continúa, existe ya la esclerosis. Se inclina, por lo tanto, á admitir un período preesclerótico de la ar-

terio-esclerosis, como admiten algunos autores, en particular ingleses.

Entre los primeros síntomas de la arterio-esclerosis figuran la pérdida de vitalidad, la disminución de resistencia á las causas externas, tendencia á los padecimientos infecciosos benignos, depresión nerviosa, trastornos orgánicos variados y alteraciones circulatorias ligeras. Considerados en conjunto los síntomas de estos casos, justifican la división en grupos que pueden designarse con los nombres de nutritivo, neurasténico y nervioso. El carácter más importante del primero es la pérdida de fuerzas, de vitalidad, etcétera; en el segundo, la depresión vital y nerviosa, que coincide con el trastorno circulatorio incipiente; en el tercero, los ataques de jaqueca y la debilidad muscular grandísima después de cada esfuerzo, indicios de alteraciones de la circulación, tendencia á la neuralgia, etc.

En el segundo período de la enfermedad, cuando el examen físico permite apreciar el engrosamiento de los vasos, se observan también síntomas de lesión orgánica, como albuminuria, palpitaciones, irregularidad de las contracciones y otros signos de enfermedad del miocardio y distintas afecciones cerebrales. La arterio-esclerosis origina con menos frecuencia enfermedades del bazo y del hígado.

En el último período, cuando se debilitan la vitalidad y en particular el riego sanguíneo, suelen observarse enfermedadas é infecciones terminales, en particular, pulmonares y puerperales. Es fácil casi siempre reconocer la existencia de la enfermedad arterial y la parte que desempeña en la disminución de la vitalidad que obra como predisposición de los estados terminales.

Cree que existe cierta semejanza en la variedad y en la época de aparición entre la arterio-esclerosis presenil, forma que se observa en los sujetos jóvenes, y el tipo senil normal de involución. Desde el punto de vista clínico, estos casos se distinguen por su marcha más rápida y por la alteración funcional más acentuada de los diversos órganos, y desde el patológico, por la tendencia á limitarse á áreas circulatorias más circunscritas. Cuanto más uniforme y extenso es el proceso, más se asemeja al tipo senil con su endurecimiento de desarrollo gradual. Cuando se afectan de un modo grave vasos aislados, mayor tendencia hay á la pérdida funcional orgánica y el estado es más marcadamente patológico.

Relaciones entre la enfermedad cardíaca y renal y la arterio-esclerosis.—El Dr. *W. H. Welch* manifestó que es imposible comprender bien la arterio-esclerosis no estudiándola desde los puntos de vista anatómico, patológico y clínico. Es una enfermedad de diagnóstico difícil, porque sus síntomas son muy variables, y, á veces, no va acompañada de síntoma alguno. Es indudable que la enfermedad de Bright crónica puede ser resultado de la arterio-esclerosis; lo importante es averiguar si existe ó no algún carácter anatómico ó clínico especial que permita distinguir esta variedad del mal de Bright de los otros tipos.

El tipo más común de tejido arterio-esclerósico tiene poquísima importancia clínica para el asunto que se discute. Es el que se encuentra con más frecuencia en los ancianos, y, aunque produce la impresión de la enfermedad de Bright algo avanzada, el examen microscópico apenas revela más lesión que una atrofia renal que no produce síntomas. Conviene estu-

diar prácticamente el grupo de síntomas del llamado riñón contraído, variedad de nefritis crónica difusa con degeneración excesiva del epitelio, alteraciones fibroides de los glomérulos y modificaciones profundas de las arteriolas. El problema principal que debe resolverse es si la modificación es ó no primitiva ó secundaria; en estos casos se ha atribuído una importancia grandísima á la naturaleza de la enfermedad arterial de los riñones. Friedman ha observado hipertrofia de las túnicas muscular y elástica, estado que considera como degenerativo del riñón en este período. Dicha hipótesis ha sido considerada como exacta en sus detalles histológicos, pero errónea desde algunos puntos de vista. Las modificaciones de los vasos renales, como las de los demás vasos gruesos, pueden explicarse por la tensión excesiva. Es dudoso que pueda hacerse una distinción clara entre la enfermedad de Bright primitiva y la arterio-esclerosis primitiva. Quizá todos los casos de enfermedad de Bright sean producidos por modificaciones primitivas de las arterias periféricas. Muchos casos de riñón contraído crónico ordinario no pertenecen á la variedad arterio-esclerósica, ni son secundarios á la enfermedad de Bright, sino que dependen de la misma causa que produce la arterio-esclerosis.

La arterio-esclerosis puede producir también la lesión renal por el intermedio de una enfermedad del corazón. En un caso de arterio-esclerosis con albuminuria, hipertrofia cardíaca y ruptura de la compensación, no cree que sea posible siempre precisar si se trata de una verdadera enfermedad de Bright secundaria á la arterio-esclerosis, ó es resultado del defecto circulatorio y de la esclerosis moderada.

En las relaciones de la arterio-esclerosis con las enfermedades del corazón la más importante es la que se refiere á la hipertrofia cardíaca. Sabiendo que puede haber ó no hipertrofia en los casos de arterio-esclerosis, y que es difícil coordinar las modificaciones del sistema arterial con las lesiones del corazón, el problema planteado es tan difícil de resolver como el de las relaciones de la arterio-esclerosis con la enfermedad de Bright. La hipertrofia del corazón es responsable de un aumento de trabajo. En la arterio-esclerosis el aumento de la presión sanguínea es la excepción más que la regla, y existen casos de arterio-esclerosis excesiva sin aumento de la presión sanguínea, y en ellos no puede afirmarse que haya aumento de trabajo del corazón.

Es interesantísimo saber por qué en unos casos de arterio-esclerosis hay hipertrofia del corazón y en otros no. Los clínicos de Leipzig sostienen que si la arterio-esclerosis interesa los grandes vasos abdominales, los inervados por el esplácnico, suele producirse la hipertrofia del corazón, mientras que si afecta principalmente las arterias de las extremidades no se produce dicha hipertrofia. Se citan, no obstante, algunos ejemplos de hipertrofia marcada del corazón, aunque no están afectos los vasos esplácnicos, y otros en los que, á pesar de hallarse afectos estos vasos, no hay hipertrofia cardíaca. Cree el Dr. Welch que este problema se confunde con el de la causa del aumento de tensión arterial en la arterio-esclerosis. Ciertos autores creen que no es necesario el aumento de la tensión arterial, como en las enfermedades cardíacas, y que el proceso es verdaderamente compensador, como lo es la hipertrofia del corazón en las lesiones valvulares.

Señaló también el Dr. Welch la relación de la arterio-esclerosis con la esclerosis de las arterias coronarias, y citó un caso en el que la esclerosis estaba limitada á una de estas arterias; el enfermo, que no tenía ninguna otra lesión, murió de repente. Al hacer la autopsia sólo se encontró una pequeña placa de ateroma en una de las arterias coronarias, en la que había un trombo.

La esclerosis puede también formar parte del estado general y coincidir con las modificaciones tan conocidas del miocardio, principalmente en forma de fibromiocarditis. Considera las placas fibroides como resultado del trastorno circulatorio seguido de atrofia y desaparición de las fibras musculares, que son sustituídas por tejido conjuntivo. No cree, sin embargo, que estas placas fibroides sean la causa de los síntomas graves asociados á la esclerosis coronaria, si bien la enfermedad de las arterias es susceptible por sí sola de producir síntomas de importancia.

Patología y diagnóstico de las inflamaciones y degeneraciones del miocardio.— El Dr. *Judson Dadland* se ocupó de las relaciones entre la miocarditis y la degeneración del miocardio. Cree que las enfermedades más comunes é importantes del miocardio son las degeneraciones, no las inflamaciones. Las enfermedades del miocardio se han subdividido en inflamaciones y en degeneraciones, las que pueden ser agudas ó crónicas, circunscritas ó difusas. El Dr. Dadland las subdividió, desde el punto de vista clínico, en agudas, crónicas, generales y mecánicas, y afirmó que las enfermedades del miocardio pueden considerarse clínicamente como insuficiencia del corazón, con ó sin murmullo valvular. Se ocupó después, á la ligera, de las diversas formas de miocarditis, encareciendo de un modo especial la importancia de la degeneración fibroide crónica del miocardio ó cardiofibrosis. Concuerda con el Dr. Huchard y con otros autores, en que esta enfermedad es una degeneración del miocardio, debida á su nutrición deficiente consecutiva, producida por la disminución del riego sanguíneo, ocasionada por la esclerosis, y niega que sea una miocarditis intersticial crónica.

Estudió después la degeneración grasienta y el corazón graso, que subdividió en : 1.°, aumento simple de la grasa epicardíaca, la que puede envolver por completo el corazón ó extenderse á lo largo de los surcos de los vasos sanguíneos sobre la superficie cardíaca; 2.°, infiltración de grasa, que se extiende por entre las fibras musculares. Encareció la importancia clínica de diagnosticar la anemia asociada al corazón grasoso, é indicó estar conforme con Romberg en que la insuficiencia cardíaca del obeso es producida por la pequeñez relativa, y la debilidad del miocardio debida á las exigencias desproporcionadas hechas á la circulación por la corpulencia general. Señaló la imposibilidad de diagnosticar muchos casos de enfermedad del miocardio. Afirmó también que algunas de estas afecciones pueden ser diagnosticadas con ciertos visos de probabilidad. Los síntomas de la enfermedad del miocardio pueden agruparse con los de la insuficiencia cardíaca, cuyos síntomas no suelen presentarse hasta que se produce la dilatación.

Observaciones sobre la enfermedad cardiovascular con referencia al tratamiento.— El Dr. *H. A. Hare* dijo que en la mayor parte de los casos de enfermedad vascular el corazón y los riñones padecen bastante, y que puede

ser imposible precisar en cuál de estos órganos se ha producido la alteración primitiva y más importante. Aludió de un modo especial á los casos en que la alteración vascular es el factor predominante, y en los que la tensión arterial está exagerada en alto grado, sin lesiones renales apreciables por los síntomas ordinarios ó por el examen de la orina, y en los que el corazón presenta á veces signos secundarios de hipertrofia ó de debilidad por cansancio ó por degeneración.

Describió tres tipos de tensión arterial: unos en los que la tensión elevada persistente es debida al espasmo producido por el influjo nervioso prolongado combinado con ciertos abusos en la alimentación y en la bebida; otros en los que la tensión es elevada, porque además del espasmo se ha producido gradualmente en los vasos la degeneración fibroide; y, por último, otros en los que después de un período prolongado de tensión elevada ésta desciende de pronto, relajándose y distendiéndose las arterias de modo que se asemejan en cierto modo á venas por su calibre y compresibilidad.

Al aumentar las fibrosis en los vasos periféricos los músculos de los grandes vasos se hipertrofian, igual que el miocardio. Es muy posible que la hipertrofia vascular compensadora termine por romperse como la cardíaca. Esta ruptura de la hipertrofia vascular suele producir la quietud del corazón y le permite reponerse de su cansancio, salvándose así la vida. Es posible, si la fibrosis periférica se contiene, que los vasos recobren también su tonicidad, mejorando así de un modo notable el estado del enfermo. Los estimulantes cardíacos no son tan necesarios en estos casos como la quietud y el empleo prudente de los alterantes y de los sedantes vasculares. En los casos de tensión elevada debida á la fibrosis los nitritos pueden ser útiles, y los yoduros, la quietud y el amasamiento son de necesidad absoluta.

El Dr. *G. E. de Schweinitz* dijo que el oftalmoscopio es utilísimo para el diagnóstico, sobre todo en el primer período, para el pronóstico y para la terapéutica. Con el oftalmoscopio se aprecian variaciones en el trayecto y en el volumen de los vasos y modificaciones en translucidez y transparencia, de modo que los vasos ordinarios retinianos aparecen blancos y como listados. Cuando se modifica el trayecto y el volumen de los vasos á causa de la esclerosis, la arteria situada por encima comprime las venas que existen debajo.

El Dr. *W. B. Stanton* se ocupó de la presión sanguínea en la arterioesclerosis. En uno de los casos referidos por el Dr. Hare, la presión era elevadísima.

El Dr. *J. H. Musser* dijo, con referencia á la clasificación de la arterioesclerosis, que en los primeros períodos de la enfermedad es preciso averiguar los factores etiológicos para obtener algún resultado. Es necesario considerar como factores etiológicos los estados del sistema nervioso que aumentan la presión sanguínea. En los últimos períodos de la enfermedad, la clasificación se funda de preferencia en el órgano que produce los síntomas predominantes. No está conforme, con el Dr. Well, en que el descubrimiento de una placa de ateroma indica la limitación de la esclerosis á la arteria coronaria, sino que cree que el proceso debe ser general. La arritmia asociada á la arterio-esclerosis, no debe ser considerada como un factor perjudicial, sino más bien como conservador; en ciertos casos no coincide

con degeneración grave del miocardio. Indicó que si cada tres ó cuatro latidos cardíacos deja de latir una vez el corazón ó disminuye la fuerza del latido siguiente, es preciso el reposo. Ha observado, durante varios años, casos que indican que esta clase de arritmia, aun acentuada, constituye un medio de descanso más que de trabajo excesivo del corazón. Cree, por lo tanto, que en cierta clase de casos no debe ser considerada dicha arritmia como un síntoma grave.

El Dr. *S. Solis Cohen* manifestó que en la arterio-esclerosis es preciso determinar si los síntomas son los de un proceso de degeneración ó los de una reacción inflamatoria.

El Dr. *A. O. J. Kelly* encareció la importancia de reconocer la arterio-esclerosis en sus primeros períodos, que es lo que se ha intentado hacer en estos años últimos. Cree que esto se facilita observando las modificaciones del estado del corazón en enfermos que no presentan síntomas que puedan atribuirse al aparato cardiovascular. Cree también que, teniendo en cuenta la facultad de los diversos órganos para adaptarse espontáneamente á las distintas condiciones fisiológicas y patológicas, las deducciones terapéuticas deben variar en cada caso. Está conforme con el Dr. Hare, en que los estimulantes cardíacos no son necesarios siempre, sino que á veces es preciso emplear los sedantes del corazón.—(*New York Med. Journal*).—F. Toledo.

PERIÓDICOS

Un caso de afasia histérica de diagnóstico difícil.—El Dr. Bouvier refiere el caso siguiente: Un joven ingresó en la Clínica con una lesión traumática de cabeza, al parecer leve; se trataba de una herida superficial al lado izquierdo de la sutura sagital. A los pocos días contrajo el enfermo la gripe con bronconeumonía. Después de pasadas estas enfermedades y cuando ya hacía mucho tiempo que estaba curada la herida, se presentaron dolores en la región de la apófisis mastoides izquierda, y dos días después el sujeto quedó afásico de pronto. Antes de esto la herida había sangrado un poco por haberse rascado el enfermo la cicatriz. La afasia era tal, que el paciente no podía pronunciar más que la palabra *oui*; pero á todo esto no había ni sordera ni ceguera verbales; el enfermo lo entendía todo y podía escribir correctamente. Esto no obstante, cuando intentaba hablar, sólo conseguía producir un murmullo ininteligible.

Aunque no había fiebre ni ningún otro síntoma cerebral, y tampoco se encontró en el oído izquierdo nada anormal, fuera de cierta sensibilidad de la apófisis mastoides y de la región temporal, se diagnosticó un absceso localizado tal vez en la region de la tercera circunvolución frontal y se resolvió proceder á la trepanación.

Ahora bien; mientras se estaban haciendo los preparativos para la operación, el enfermo se puso muy excitado y presentó contracciones convulsivas, síntomas que hicieron creer que se había agravado la afección. Y sin embargo, tan pronto como se le aplicó á la cara la careta para adminis-

trarle el cloroformo, recobró de pronto el habla y por completo, viéndose entonces que se trataba de una mudez histérica.

Entonces fué cuando el enfermo (cuyo carácter se supo después que era muy singular, y al mismo tiempo que en años anteriores ya había estado mudo dos veces, durante algunos días, á consecuencia de una excitación), manifestó que, el temor á una hemorragia secundaria de su herida de cabeza, había sido la causa de su afasia.

(*Journ. de med. de Bordeaux*).—R. DEL VALLE.

La neumonía y los ratones. — El Dr. E. Palier atribuye una importancia grandísima á los ratones en el desarrollo y propagación de las epidemias de neumonía. En los meses de diciembre á marzo abundan estos animales, sobre todo en las casas en las que el alcantarillado es defectuoso y que reunen malas condiciones higiénicas. En marzo los ratones de cría son numerosos. Estos animales son susceptibles en alto grado para el desarrollo del neumococo y pueden inocularse fácilmente con él si se escupe en el suelo, pues la saliva suele contener en estado normal dicho microbio en estado saprofito y los ratones comen los esputos. Después, los excrementos ó los cadáveres de estos animales, al descomponerse, dejan en libertad el neumococo, dotado de una gran virulencia y capaz de producir la neumonía cuando penetra en el organismo por inhalación ó por absorción á través de una erosión de la superficie del cuerpo. En las habitaciones mal ventiladas en que abundan los ratones, el neumococo puede existir en gran número, y el peligro de adquirir la neumonía es grandísimo para los que habitan en ellas.—(*Medical Record*, 27 enero 1906).— F. TOLEDO.

Reumatismo tuberculoso poliarticular. — El Dr. A. Ponzet insiste en la particularidad interesante de que, cuando se presenta en un niño un ataque de reumatismo articular agudo, hay que pensar en la tuberculosis como causa del mismo, tanto cuando dicho ataque sobreviene en el curso ó después de otras afecciones tuberculosas, como en aquellos casos en que inicia la serie patológica. Es mucho más frecuente de lo que se cree, que la tuberculosis sea la causa de una afección que generalmente se confunde con el reumatismo. Esta interpretación es tanto mas probable cuando se trata de una afección quirúrgica sin causa ostensible tal, como una localización mono-articular. Enseña la clínica que, en los individuos jóvenes, tienen el mismo origen bacilar las lesiones del esqueleto y, sobre todo, las adenitis, cuando no son absorbidas prontamente. Pertenecen también á la misma cotegoría las inflamaciones de las serosas sinoviales de las articulacienes.—(*Gaz. des hôpitaux*).— R. DEL VALLE.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

CONSIDERACIONES ACERCA DE LA ANTISEPSIA INTESTINAL

Y SU REALIZACION MEDIANTE EL EMPLEO DE LOS DERIVADOS DEL GUAYACOL

POR EL DOCTOR

D. MANUEL VAZQUEZ LEFORT

Médico numerario, por oposición, de la Beneficencia municipal de Madrid.

Entre los múltiples é interesantes efectos que está llamada á prestar la medicación antiséptica, se encuentran los que realiza en el interior del organismo oponiéndose al desarrollo de los agentes micróbicos que, unas veces siendo huéspedes habituales nuestros aumentan su virulencia, y otras viniendo del exterior, como temibles invasores, dan lugar á infecciones que necesitan ser combatidas en el interior de los órganos donde han tomado asiento ó que eligen como sitio principal de sus determinaciones morbosas.

El aparato digestivo, especialmente en su porción intestinal, es víctima frecuente de estas localizaciones, que hacen necesario el empleo de los procedimientos antisépticos; y aunque para establecer las indicaciones de la antisepsia de este aparato hay que tener en cuenta muchas particularidades, pues no solamente es indispensable cuando hay necesidad de combatir la infección allí localizada, es, sin embargo, en estos casos cuando más hace falta recurrir á dichos procedimientos terapéuticos, siendo las enfermedades infecciosas con determinación gastro-intestinal los motivos más poderosos y frecuentes que inducen á plantear el problema de la antisepsia interna.

Refiriéndonos principalmente á la antisepsia intestinal y considerándola necesaria en los procesos morbosos que acabamos de indicar, nos encontramos que podemos llevarla á cabo por diversos pro-

cedimientos que pueden dividirse en dos grupos principales: los procedimientos mecanicos y los procedimientos químicos.

Por su eficacia, por su rapidez en los efectos, por su semejanza de acción con los medios empleados con éxito satisfactorio en la antisepsia externa, superan los procedimientos mecánicos (purgantes y enemas) á los de índole química; pero como no siempre pueden emplearse, ni en los casos en que está indicado su empleo pueden utilizarse siempre con la intensidad apetecida, en todas las partes de la cavidad intestinal donde se desea utilizar sus efectos, no hay más remedio que emplear, en ocasiones, la antisepsia química, que rara es la vez que no encuentra en la mecánica adecuado y beneficioso complemento.

A muchos parece una empresa pueril tratar de llevar á efecto la antisepsia del intestino por la administración de los medicamentos antisépticos, que siendo casi todos productos tóxicos, han de emplearse á dosis pequeñas, á primera vista insuficientes para ejercer su acción sobre una superficie tan extensa como la de la mucosa intestinal; pero sin olvidar que el éxito en la administración de estos medicamentos estriba en el sostenimiento de una dosis tolerable por el organismo, hay que tener en cuenta que la acción antiséptica no la realizan únicamente *per se*, oponiéndose de un modo directo al desarrollo de los agentes infecciosos, sino también determinando en el organismo la acentuación de sus defensas naturales, especialmente de las que corren á cargo del hígado y las que son privativas del fisiologismo del tubo intestinal.

Atendiendo á estos razonamientos, no puede menos de aceptarse como conveniente y hasta necesario el empleo de la antisepsia interna medicamentosa en los casos en que hay que combatir las determinaciones intestinales de infecciones, ya endógenas, ya exógenas, en las que resalta como una de las principales indicaciones la antisepsia intestinal.

Pero al tratar de realizar la antisepsia intestinal por medio de los antisépticos internos, podemos echar mano de diversos agentes medicamentosos en los que se ha de atender, no precisamente á su eficacia teórica, sino á los resultados que mediante su empleo se hayan conseguido en la clínica. Y al elegir el medicamento que haya de emplearse no se tendrá en cuenta el mayor ó menor poder antiséptico contrastado y deducido mediante las experiencias de laboratorio, sino cuál va á ser el efecto antiséptico aprovechable que haya de obtenerse como resultado de la administración del medicamento;

porque en todos estos casos no hay que perder de vista lo referente á la tolerancia orgánica, ya que no es lo mismo utilizar el poder antiséptico de un medicamento en el laboratorio, sobre un caldo de cultivo, que en el organismo sobre los gérmenes infecciosos que en él se desarrollan en condiciones de medio completamente diferentes; y porque además no debe olvidarse el hecho evidente de que el organismo dispone de elementos de defensa contra la infección, á los que en todo caso habrá que ayudar, pero de ninguna manera contrarrestar, inutilizando sus valiosos esfuerzos sin haber conseguido nada útil ni provechoso.

De un modo especial deben tenerse en cuenta igualmente las circunstancias en que el antiséptico haya de emplearse, el sitio del organismo en que va á desarrollar su acción y hasta las condiciones individuales del enfermo. Y tratándose de la antisepsia intestinal no hay que olvidar que el medio en el que los productos antisépticos han de desarrollar su acción, es de naturaleza química alcalina, lo cual supone por una parte una pasividad en lo referente al hecho de dejar expedita la acción del antiséptico, pero por otro lado es un inconveniente para el empleo de determinados antisépticos, que alguien ha considerado como insustituíbles para la antisepsia intestinal, pues por dicha circunstancia resultan neutralizados sus efectos, como ocurre con los ácidos, viendo, por ejemplo, cómo el ácido salicílico, al encontrarse con un medio alcalino, forma compuestos de esta clase en los que la acción antiséptica queda rebajada en una proporción verdaderamente notable.

Hechas estas consideraciones, que anoto como indispensable preliminar de las que á continuación explanaré, voy á fijarme en un grupo de antisépticos del que apenas se hace mención en las obras de Terapéutica, que tan sólo á otros se refieren, de un modo que pudiera calificarse de rutinario.

Voy á ocuparme del empleo de los derivados del guayacol en la antisepsia intestinal, y desde luego he de hacer constar que no es mi objeto desprestigiar á los demás antisépticos intestinales por encumbrar el guayacol. No soy exclusivista, y reconozco que hay otros tan buenos y tal vez mejores que el que aquí patrocino. Es sólo mi propósito llamar la atención hacia los derivados del guayacol, haciendo notar las observaciones recogidas mediante su empleo, uniendo mi humilde trabajo al que han realizado de un modo brillante los químicos y clínicos que se han ocupado del estudio de estos medicamentos.

Entre os medicamentos denominados antisépticos figuran, desde hace bastante tiempo, y antes de que nos invadiera esa fiebre farmaco-industrial, que bien pudiéramos llamar modernista, y en la que la medicina parece estar á expensas de los caprichos de algún químico de buen humor y de las conveniencias comerciales de determinadas empresas, entre dichos medicamentos figuran la creosota y el guayacol.

No he de hacer aquí su estudio, y tan sólo me limitaré á indicar que la creosota tiene un poder antiséptico que, según Bouchard, es igual ó superior al del ácido fénico, y que el guayacol, que es el principal elemento de la creosota, en la que se halla en la proporción de un 25 por 100, tiene iguales propiedades antisépticas que la creosota, sobre la cual lleva la ventaja de ser un compuesto fijo, de composición perfectamente definida y respondiendo á la fórmula $C^6H^4<^{OH}_{OCH^3}$.

Nos encontramos, pues, en medio de los muchos agentes químicos que estudia la Terapéutica con uno de composición química definida, de acción antiséptica comprobada y que además es tolerable perfectamente por el organismo á dosis compatibles con su acción antiséptica intraorgánica, tal sucede con el guayacol, que considerado desde el punto de vista de su empleo en la antisepsia intestinal tiene la ventaja de dar lugar á compuestos derivados suyos que tietienen la propiedad de ser de fácil administración, pues la mayor parte son polvos blancos, sin apenas olor ni sabor, pero también compuestos químicos que conservan su composición hasta llegar al intestino, donde dejan en libertad al guayacol para que ejerza su acción antiséptica, sin permitirle que haya podido realizar ninguna acción nociva sobre la mucosa gástrica, perdiendo al mismo tiempo en intensidad la acción medicamentosa que se reserva para la cavidad intestinal.

Los principales derivados del guayacol que se usan en Terapéutica son: el benzoato de guayacol ó *benzosol*, el carbonato, el etilenato ó éter guayacolado etilénico, el valerianato, el guayacolado de piperidina, *guayaperol*, *guayamar*, *guayaformo*, *guayaquina*, etc. De todos estos productos los que principalmente pueden ser empleados en la antisepsia intestinal son: el guayamar (éter glicérico del guayacol), el guayaperol, el guayaformo, la guayaquina y el guayaquinol. Estos medicamentos son producto de la acción química sobre el guayacol de diversos cuerpos ó radicales químicos, y todos obran ó tienen acción terapéutica por el hecho de dejar en libertad el guayacol que entra en su composición.

Los caracteres físicos de todos estos cuerpos son semejantes, pues todos son pulverulentos, de color blanco y aspecto cristalino. Son algo solubles en el agua, pero sobre todo en el alcohol y en el éter, siendo la mayor parte bien soportados por el estómago, pues la generalidad no dejan en libertad el guayacol hasta que llegan al intestino.

Tomando como tipo al guayamar, que es el de más frecuente empleo, he de referirme principalmente á él, no sólo por la razón dicha, sino también por haber tenido repetidas ocasiones de observar sus efectos medicamentosos.

Me encontraba ejerciendo la profesión en la ciudad de Palencia, y durante el invierno de 1901 á 1902 me correspondió asistir á una porción de enfermos atacados de procesos gripales de forma gastro-intestinal que se presentaron con carácter epidémico. Como en un principio llamaran mi atención principalmente los síntomas gástricos, dediquéme á combatirlos, empleando como antiséptico gástrico la limonada clorhídrica, de la que obtuve, como siempre, excelentes resultados, consiguiendo la modificación de los síntomas gástricos, como lo revelaba el cambio sufrido por la mucosa lingual, la desaparición de los vómitos, del dolor epigástrico, en una palabra, del síndrome que en estos casos tan manifiestamente se revela, pero á pesar de esto, los fenómenos generales apenas variaban, la fiebre seguía alta, el aplanamiento era intenso, el decaimiento orgánico alarmaba, y coexistiendo con esto, notábanse en la mayor parte de los enfermos diarreas fétidas, timpanismo y síntomas de tifismo que me indicaban que la infección no había sido todavía combatida en su localización principal, y que era necesario hacerlo utilizando todos los recursos posibles, para lo cual, á los medios mecánicos, como las irrigaciones intestinales de soluciones antisépticas, había que buscarles el complemento de la antisepsia medicamentosa.

Llegado este momento terapéutico, en vez de echar mano del socorrido benzonaftol ó de otro de estos conocidos antisépticos de uso frecuente, me ocurrió ensayar un medicamento que me había sido recomendado por un compañero, y á este efecto utilicé el guayamar, el éter glicérico del guayacol.

Teniendo en cuenta que el éxito en el empleo de estos antisépticos consiste en administrarles de una manera constante, prolongué su administración á dosis moderadas y valiéndome de las favorables condiciones que reune el guayamar en lo referente al modo de usarle, dispuse dicho medicamento en forma de sellos de 20 centígramos,

cada seis horas, rebajando en los niños la dosis á la mitad, y empleando entonces como vehículo una poción gomosa.

Los resultados en todo los enfermos no se hicieron esperar, y á las tres ó cuatro dosis de medicamento comenzaron á ceder los síntomas, iban desapareciendo los signos de tifismo, la timpanización, el dolor en la fosa ilíaca, la fetidez de las heces, etc., y con ello la gravedad del estado general, pues éste mejoraba, la fiebre descendía y se iniciaba la curación, viniendo ésta después de un modo firme y seguro. Estos resultados me indujeron á seguir usando el guayamar de un modo ya casi sistemático y en todos los procesos infectivos de localización intestinal no he vacilado en administrarle para utilizar su acción antiséptica, y lo mismo en los de pronóstico benigno que en los realmente graves en que se ha tratado de una fiebre tifoidea característica, he usado el éter glicérico del guayacol obteniendo favorables resultados.

Claro es que me refiero únicamente á hechos clínicos y no he tenido ocasión de realizar comprobaciones de índole bacteriológica que den más autoridad á estas aseveraciones mías; pero mi objeto no es otro que llamar la atención sobre este medicamento, que en realidad no merece caer en el olvido, confundiéndose con la numerosa colección que sale diariamente de los laboratorios de las fábricas de productos químicos y se nos anuncian de ordinario tan ruidosamente.

Los favorables efectos anotados, ¿han sido debidos exclusivamente á la acción antiséptica del medicamento? Creemos que aunque á ella se deban los principales resultados, otros no menos estimables, que se tradujeron por la mejoría y desaparición de importantes síntomas, tal vez fueron motivados por otras acciones terapéuticas diferentes, como, por ejemplo, la antitérmica, que es tan característica del guayacol; así como también debe tenerse en cuenta la acción beneficiosa de la glicerina, que en virtud del desdoblamiento del guayamar, queda en libertad en el intestino al quedar en libertad el guayacol, pues sabido es que dicho desdoblamiento se efectúa mediante un proceso de hidratación en la siguiente forma:

$$\underbrace{C^{10}H^{14}O^{4}}_{\text{Guayamar.}} + \underbrace{H^{2}O}_{\text{Agua.}} = \underbrace{C^{7}H^{8}O^{2}}_{\text{Guayacol.}} + \underbrace{C^{3}H^{8}O^{3}}_{\text{Glicerina.}}$$

Sea cual fuere la explicación de estos fenómenos, el hecho clínico es evidente y constituye un argumento decisivo en pro del empleo de los derivados del guayacol en la antisepsia intestinal.

A pesar de lo dicho, no he de preconizar los compuestos de guayacol, y especialmente el guayamar, como el mejor factor para obtener la antisepsia del intestino, ni siquiera he de considerar á ésta como más fácil y eficazmente realizable por los medicamentos de composición química definida pertenecientes al grupo de los antisépticos químicos. Esos cocimientos antisépticos de la antigua Farmacopea tienen un valor inapreciable, y fuerza es reconocer que mediante su empleo se obtienen brillantes resultados, y no hay motivo para que su uso se desatienda por ser productos anticuados, como no se han echado á un lado al opio, al hierro, ni al yoduro potásico.

La tendencia á simplificar en Terapéutica, á huir de la polifarmacia, nos lleva á emplear medicamentos de composición definida; y aunque por seguir esta racional tendencia desaprovechemos recursos terapéuticos muy estimables, debemos ser consecuentes con ella y no perder de vista que la asociación medicamentosa, tratándose de productos químicos de laboratorio, también puede ser peligrosa, por lo cual hay que tener sumo cuidado con esta clase de asociaciones, mucho más cuando se desconocen la mayor parte de las incompatibilidades químicas y muchas de las farmacéuticas. Por eso no es muy discreto emplear, como es común y corriente al tratar de hacer la antisepsia intestinal, esas mezclas de antisépticos que, en muchos casos, el mayor bien que pueden realizar es no sumar sus efectos tóxicos á la toxicidad de los productos bacterianos; por lo que es más conveniente emplear una sola substancia de composición conocida y de efectos rápidos y seguros, sin ulteriores y perjudiciales consecuencias.

Para terminar estas modestas notas de Clínica Terapéutica, indicaré que su principal asunto puede considerarse sintetizado en las siguientes conclusiones:

1.ª Se obtienen excelentes resultados mediante el aprovechamiento del poder antiséptico del guayacol, en las infecciones con determinación preferente en el intestino.

2.ª Para obtener estos resultados, verificando la antisepsia intestinal, debe hacerse uso de los medicamentos derivados del guayacol, que obran dejando en libertad esta substancia en el medio en que es necesario utilizar su acción antiséptica.

3.ª De estos productos medicamentosos, merece la preferencia el *guayamar*, por ser de fácil empleo, muy bien tolerado y de resultados claramente beneficiosos, en atención á los fines que se persiguen

mediante su administración, pues con él se logra, satisfactoriamente y dentro de los límites en que puede hacerse, la antisepsia intestinal.

BIBLIOGRAFIA

POR EL DOCTOR

DON JERÓNIMO PÉREZ ORTIZ

Cirujano del Hospital Militar de Madrid.

I. CONCEPTO MODERNO DE LA ANATOMÍA DE LA PRÓSTATA, DE LA HIPERTROFIA PROSTÁTICA Y DE SU TRATAMIENTO RADICAL, por el Dr. D. Narciso Serrallach Maurí. Obra premiada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona (concurso Garí, 1904), 308 páginas y 84 grabados.

II. MANUAL DEL PRACTICANTE Y DE PARTOS, por el Dr. D. A. G. Sierra. Madrid, 1906.

I

Con gran interés hemos leído el libro del Dr. Serrallach Maurí, por dar la coincidencia de conocer los estudios de Gosset y ser este joven y sabio cirujano uno de nuestros buenos amigos durante fuímos asistentes asiduos á sus conferencias y á sus operaciones cuando era jefe de Clínica y ayudante predilecto del Dr. Terrier. La lectura de este libro ha de llamar extraordinariamente la atención entre los cirujanos especialistas y que cultiven con predilección las vías urinarias, pues no es un estudio exclusivo de recopilación de los trabajos de Gosset, Proust, Albarrán, Fruller y Freller, sino que el autor ha hecho una labor propia y personal repitiendo y comprobando en el anfiteatro anatómico, en la Clínica y en la sala de operaciones todas las investigaciones de estos sabios extranjeros.

Después de indicar en una pequeña introducción el propósito de su obra, que consiste en exponer las cuestiones relativas en lo que afecta al verdadero carácter de la hipertrofia prostática bajo su punto de vista técnico y experimental para conocer los distintos puntos de apreciar esta enfermedad; divide su libro en tres partes; estudiando en la primera el concepto anatómico de la glándula prostática, según el criterio moderno, en la segunda su hipertrofia bajo su punto de vista anatomopatológico, patogenia y diagnóstico, y en la tercera el tratamiento; es decir, que reasume todo lo que hoy se piensa en el campo de la Urología sobre estas materias, ex-

poniéndolas razonadamente y con muchos datos y observaciones de cosecha propia.

Sorprende á primera vista que considerada la próstata como órgano único, con la forma de una castaña y mejor de un corazón de naipe francés, atravesada por la uretra, muy repleta de elementos musculares, formada por tres lóbulos, resulte ser un órgano múltiple, que lo que se creyó lóbulo medio no es más que un engrosamiento de tejido fibroso y que toda ella está envuelta en una cápsula dividida por un tabique central paralelo al rafe (mediastino perineal de Gosset). Esta disparidad tan notable entre lo que se creía antes y se cree ahora, este criterio sostenido en la actualidad por datos anatómicos y que constituyen los estudios de Gosset y Roux, son expuestos por el Dr. Serrallach Maurí de una manera precisa, aportando en fotograbados reproducidos del natural de preparaciones anatómicas personales, próstatas enucleadas para demostrar la disposición de sus distintos lóbulos que constituyen modernamente las dos próstatas, sus cápsulas y sus vainas ó Sheath.

Al ocuparse el autor de la naturaleza de la hipertrofia prostática, la estudia bajo dos puntos de vista, como interés científico, es decir, saber si el aumento de vólumen de las glándulas procede de la proliferación de tal ó cual tejido, y como interés práctico, es decir, si ante un prostático tenemos enfrente un tumor de naturaleza benigna ó una neoplasia enmascarada. En cuanto al primer punto y examinando todas las opiniones sobre los elementos anatómicos que toman parte en la hipertrofia desde Nélaton y Thompson hasta Albarrán y Motz, basándose en los nuevos estudios de estructura y en vista de la escasez de los elementos musculares; no admite la forma *miomatosa* que patrocinan algunos autores, sino que se inclina á creer que la hipertrofia prostática procede unas veces de la proliferación del estroma y otras de la modificación de sus glándulas por obstrucción de sus conductos escretores por congestiones repetidas y por la coagulación del humor prostático y una forma fibro-adenomatosa, afirmando que la hipertrofia prostática es un fibro-adenoma benigno, y que los epiteliomas prostáticos encontrados por Albarrán y Haller, serán el *minoris resistentiæ*, es decir, que el prostático llevará el estigma canceroso.

En cuanto á las causas que provocan la hipertrofia, no pueden ser determinadas con exactitud, dice el autor. El reumatismo y la gota, los excesos sexuales, la arterio-esclerosis, la edad, tienen alguna influencia para su desarrollo, pero desde que los medios de ex-

ploración se han multiplicado, hoy las causas de la hipertrofia son bien determinadas. Después de estos estudios, magistralmente expuestos, pasa á ocuparse de la anatomía patológica de las diferentes formas de la misma en relación á sus órganos vecinos, á sus modificaciones, su patogenia, indicando la teoría de la arterio-esclerosis sobre la atrofia de las fibras elásticas, haciendo el diagnóstico de todas ellas y de sus complicaciones, según el período evolutivo.

Con respecto al tratamiento, trata primero de los medios destinados á normalizar la relación entre la vejiga y el cuello, y pasa después á describir los resultados terapéuticos de la prostatectomía perineal y de prostatectomía transvesical (operación de Freller), dando á conocer cuadros estadísticos del resultado de ambos procedimientos, sus consecuencias post operatorias y las indicaciones que cada uno de estos procedimientos tiene, según la forma de hipertrofia prostática y sea acompañada de cálculos, tumores intravesicales, etc., etc., consignando que todo enfermo que se le haya quitado la próstata considera, á pesar de cuanto digan los autores, que es un individuo cuyos sexuales tienden á la abolición.

Con justicia la Real Academia de Medicina y Cirugía de Barcelona ha premiado la obra del Dr. Serrallach Maurí; es un trabajo admirablemente hecho, tanto por su forma literaria cuanto por la labor que encierra en sus 308 páginas, labor práctica, de útil lectura y que debe leerse más de una vez para poder formar juicio de tan hermoso libro.

II

El que recuerde los antiguos libros y manuales consagrados á la enseñanza del *Practicante*, publicados hace veinte años, no dejará de sorprenderle la transformación completa que ha sufrido en materia de ilustración técnica y científica esta clase auxiliar del médico en España, si nos atenemos á la reciente obra publicada por el doctor D. Emilio A. García Sierra, que modestamente califica de *Manual del practicante y de partos normales*. Esta obra, escrita sin pretensiones, muy bien editada, si no fuese por sus ilustraciones colocadas en el final del libro y que de éstas estamos muy mal en España (pues hoy no hay un artista que se dedique á esta clase especial de trabajos), resulta una labor muy bien hilvanada, pues el autor expone todas las materias que necesita estudiar y conocer el *Practicante*, siendo ayudante de un Profesor médico en la Clínica particular, en la sala de un Hospital, y como habilitado ejerciendo como tal

en un partido rural; *Anatomía, Fisiología, Medicación tópica, Apósitos, Medios de síntesis quirúrgicas, Pequeñas operaciones, Obstetricia*, etc., esto es en conjunto las materias de que trata esta obra y en las que imperan el concepto de las modernas teorías sobre la etiología y patogenia de la infección, la asepsia y la antisepsia, expuestas con claridad y sencillez para que sea bien entendida aquélla y bien interpretadas éstas. En el capítulo consagrado al estudio de las fracturas se da á conocer la radiografía y la radioscopia, y todo lo más moderno en relación á apósitos de las mismas. Es éste un capítulo muy bien escrito, lo mismo que las reglas generales para practicar las curas y todo lo relativo á la parte de Obstetricia y nociones de Medicina y Cirugía de urgencia; en una palabra, es un libro útil, en donde el practicante encontrará todos los conocimientos que necesita para ejercer su profesión dentro de lo que exige hoy la práctica moderna de la Cirugía, que es á la que está más llamado á desempeñar. Mucho nos alegraremos que el autor recoja el merecido fruto de su trabajo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 12 de Febrero de 1906.

Un caso de desprendimiento de la retina. — El Dr. *Sanz Blanco* presenta una enferma afectada de desprendimiento de la retina del ojo derecho para que puedan examinarla los concurrentes á esta Academia y en la que podrán observar que la referida membrana nerviosa está despegada de su situación normal en una extensión que comprende casi toda la mitad inferior de la misma.

Piensa someterla á un tratamiento no completamente original, pero sí nuevo en lo que al procedimiento se refiere, y que consistirá en la asociación de las inyecciones subconjuntivales de disolución á saturación de cloruro de sodio con los intraoculares de humor vítreo de conejo y suero normal.

Mueve su ánimo á poner en práctica este procedimiento terapéutico la casi ineficaz acción de los demás hasta ahora empleados; por su parte, dice, los enfermos que de esta afección ha tenido han recurrido á todos los medios aconsejados (punturas esclerales de termocauterio, electrolisis, pun-

ción con aspiración, inyecciones conjuntivales de agua salada, etc.) sin que los resultados obtenidos puedan considerarse satisfactorios; de todos ellos el mejor, el que actualmente goza de mayor prestigio, que es la inyección subconjuntival de agua salada, es de un efecto inseguro y transitorio.

Fundamenta el proceder que va á emplear en la siguiente teoría: en el desprendimiento de la retina intervienen, juntos ó aisladamente, dos factores: una fuerza mecánica que empuja á la retina desde su cara externa hacia el interior del globo (tumor, derrame de sangre y serosidad que se aloja entre retina y coroides), y una falta de tonicidad normal y disminución de volumen del cuerpo vítreo (reblandecimiento, contracción, etc.), falta de tonicidad que priva á la membrana nerviosa de uno de sus medios de sostén ó apoyo.

Son dos, por lo tanto, las indicaciones que hay que llenar en estos casos: una tratar de que desaparezca la fuerza que empuja, otra intentar de mantener en su grado medio la tensión vítrea. La primera puede conseguirse en casos como el presente, en que está determinada por exudación serosa á beneficio de las inyecciones de agua salada á saturación, bien se explica su acción por sus propiedades ósmicas ó por sus efectos linfagogos, y la segunda aumentando el volumen del vítreo inyectando entre sus mallas unas gotas de un líquido de la misma composición química ó del mismo vítreo procedente de otra especie zoológica.

Volverá á traer la enferma cuando haya empleado su tratamiento y entonces se verá si da ó no resultado.

Sobre utilización de la vía endonasal en la operatoria de los fibromas nasofaríngeos.—El Dr. Rueda: Durante el año 1899 tuve ocasión de realizar una intervención por pólipo fibroso nasofaríngeo, que por el procedimiento operatorio original, fué motivo de una comunicación á la Academia, en la que expuse los detalles de la técnica. El método original estrivaba sencillamente en el mecanismo empleado para comprender el pólipo en una asa galvánica. Los especialistas que fueron presentes á la comunicación, ó no encontraron el procedimiento digno de aprecio, ó no han tenido una oportunidad para ensayarlo, dando por resultado que, ni los que oyeron la comunicación, ni los que después hayan podido leerla, han hecho publicación alguna especial en la que mi procedimiento aparezca mencionado. Por esto, y para no correr el riesgo de monopolizar su ejecución, vengo nuevamente á tratar de la materia, exponiendo la historia de un nuevo caso operado, sirviéndome para precisar algo la oportunidad de su aplicación.

La descripción del procedimiento representado en los esquemas que presento, se irá desarrollando conforme vaya historiando el caso actual.

Un joven, de veinte años de edad, se presenta durante el curso actual en mi consulta del Hospital de la Princesa, después de haber sido tratado durante algún tiempo por obstrucción nasal, y por un especialista, en una capital de provincia. En verdad que el error de diagnóstico cometido por el compañero de especialidad, no me sorprendió lo más mínimo, pues que, por la rinoscopia anterior, descubríase en el lado derecho una desviación tan enorme del cartílago cuadrangular, que llegaba á ponerse en íntimo contacto con la pared externa de la fosa nasal, consintiendo solamente el paso

de un estilete á lo largo del suelo; de manera que, por esta exploración, así como por la influencia isquemiante de la adrenalina, podía apreciarse que, la superficie convexa de la desviación, estaba coronada por una cresta cartilaginosa que se prolongaba en sentido anteroposterior, oblicuando algo hacia la dirección de la lámina perpendicular del etmoides, á cuyo nivel y el del vómer se haría probablemente de naturaleza ósea. Si á esto añadimos que en el lado izquierdo se descubre una hipertrofia bastante considerable del cornete inferior que llega á ponerse en contacto con la ligera concavidad correspondiente á la convexidad de la desviación del tabique, tenemos ya reunidos elementos sobrados para explicarse la obstrucción total del lado derecho y la parcial del izquierdo que el enfermo aquejaba, sin necesidad de pensar en proceso alguno nasofaríngeo ó de las coanas que viniera á obstruir la abertura posterior de las fosas nasales.

Si yo no permanecí mucho tiempo en el error de mi colega de provincias, fué porque, al pasar un estilete por debajo de la desviación, noté que daba en un tope de consistencia elástica antes de llegar á la nasofaringe, lo que me indujo á practicar rinoscopia posterior; encontrando que, el orificio coanal derecho estaba completamente ocluído por una tumoración rojopálida que ocultaba también el borde posterior del vómer, apoyando su extremidad redondeada sobre el paladar blando y sobresaliendo en la parte inferior de la luz de la coana izquierda, cuya parte inferior estaba oculta á la inspección. La superficie de la neoplasia era lisa, y sus puntos de inserción aparente eran el borde superior de la coana derecha y el borde externo, sin que pudiéramos precisar lo que sucedía en el interior de la fosa nasal, pues ya hemos dicho que de este lado era imposible la rinoscopia anterior.

El examen digital nos puso en claro la consistencia dura del tumor al propio tiempo que la movilidad del extremo libre, por lo que pudimos diagnosticar pólipo nasofaríngeo con punto de arranque al nivel de la coana.

Por razones de técnica de que luego me ocuparé, me decidí, después de algunos tanteos, por el tratamiento al asa galvánica, utilizando la vía endonasal.

Pero la dificultad estaba en la colocación del asa, pues hay que tener presente que la fosa nasal en el lado de la neoplasia estaba obstruída en la parte anterior por una desviación enorme del tabique nasal; siendo necesaria, por lo tanto, una operación previa de resección de la parte prominente del tabique, la que en sesiones sucesivas fuimos realizando, empleando la sierra de Bossworth y escoplos finos, que manejados á mano me sirvieron para laminar delgadas capas cartilaginosas, hasta conseguir el calibre necesario para la inspección franca de las zonas posteriores de la fosa nasal y el paso del instrumental necesario.

En tal estado ya pudimos, ayudándonos también del efecto vasoconstrictor de la adrenalina que nos procuró un espacio mayor de la fosa nasal, realizar la inspección anterior de la neoplasia, notando que estaba como comprimida entre el vómer y la pared externa de la fosa, consintiendo, sin embargo, el paso de instrumentos por el suelo hasta la nasofaringe.

En tal situación, no parecía extremadamente difícil pasar por vía natu-

ral un asa, bien de acero ó de platino, hasta la nasofaringe, y allí acomodarla con el dedo pasado por la boca, alrededor de la neoplasia; pero todas las tentativas fracasaron, pues el borde posterior del vómer constituía una barrera infranqueable contra la que el alambre venía á tropezar, haciendo inútil la maniobra.

Pretendimos atraer toda la masa dentro de la fosa nasal, haciendo la aplicación de un grueso tapón nasofaríngeo, que con fuerte torzal atraíamos adelante por la fosa nasal, pretendiendo arrastrar con él el pólipo, pero fué inútil la tentativa.

Ensayamos también el siguiente procedimiento, que casi al mismo tiempo hemos practicado en un joven, y que también considero original por un pólipo mucoso pediculado con nacimiento en el canal medio y masa péndula en la nasofaringe por encima del velo del paladar, y que fué del modo siguiente: Sabido es que un alambre de acero tiene gran elasticidad y que funciona como un resorte, de manera que al proyectar el alambre fuera del polipotomo, se forma el asa por sí sola, formando una abertura mayor ó menor según el temple que tenga; pues bien, introducido, cerrado el aprieta-nudos hasta la nasofaringe y proyectada entonces el asa á través de los conductores, se ha dado el caso de que el pólipo mucoso ha penetrado por sí sólo en el óvalo que le ofrecía el asa, pero resultó completamente infructuosa la maniobra, aplicada al pólipo fibroso.

En tal situación ya me parecía oportuno ensayar mi procedimiento, cuya descripción repetiré en este momento, aunque ya lo hice en mi primera publicación en 1899.

Introduciendo por cada fosa nasal una candelilla uretral de goma, son atraídos los extremos faríngeos con una pinza hasta salir por la boca, donde se anudan los dos cabos de otra candelilla uretral, que es la que formará un asa que ha de venir á abrazar el pólipo por su parte posterior. Para conseguir este fin, hacemos retroceder las candelillas intranasales hasta que el asa formada llega á nivel de la úvula, y entonces la montamos sobre una especie de horquilla que tiene una curvadura cual la de un portalgodón retronasal, con la que la conducimos hasta la bóveda faríngea, ahorrando al enfermo la molestia que proporciona la introducción de un dedo cuando le empleamos de conductor. De esta manera ya tenemos colocada el asa por detrás del pólipo, saliendo cada cabo por la fosa nasal respectiva y haciendo que un ayudante los mantenga en una tensión que no sea molesta. Ahora bien, hecho esto necesitamos que uno de los cabos pase desde una fosa nasal á la otra, y de tal manera que la fosa elegida sea aquella por la cual deseamos realizar la extirpación de la neoplasia, que variará según el supuesto punto de implantación que previamente habremos diagnosticado. Para conseguir este fin, habremos fijado con anticipación un torzal al asa en el momento de realizar su formación en la boca, calculando el punto de unión de tal manera, que al aplicarse el asa por detrás del pólipo, quede el nudo á un lado. Entonces atraemos este hilo de tracción á la fosa nasal, destinada para la aplicación del asa galvánica, y tirando de él realizamos el traspaso que pretendemos.

Colocada esta asa previa no hacemos sino sustituirla por una de platino, cuyos dos cabos pasamos por el portagalvánico, y hacemos pasar una co-

rriente con las condiciones necesarias para realizar una sección que sea hemostática a mismo tiempo.

No es indiferente el material que deba emplearse en la confección del asa descrita, habiendo dado la preferencia últimamente, después de repetidos ensayos, á las delgadas candelillas uretrales para la formación del asa previa, y al alambre de platino para el asa definitiva galvánica. Las razones en que me apoyo son, de un lado, la facilidad que tienen para el deslizamiento y formación de un arco en virtud de su natural elasticidad, y de otro el no tener el peligro de seccionar los tejidos, detalle este muy interesante y que tuve ocasión de observar el año pasado en un pólipo nasofaríngeo fibroso que traté en el Hospital de la Princesa. En este caso hice uso de un alambre delgado de hierro cocido, teniendo la sorpresa de ver cómo se enclavó en la masa del tumor, impidiendo su deslizamiento y ocasionando una hemorragia de difícil cohibición.

Idénticas ventajas ofrece el alambre de platino que, por sus condiciones físicas, es fácilmente deslizable, nada cortante y el más apto para los usos de la causticación eléctrica.

Hablar de las ventajas que ofrece la aplicación de un asa galvánica sobre los demás procedimientos endonasales ó bucofaríngeos, sería una superfluidad, si en verdad existiera edificada una verdadera doctrina sobre la materia; mas ocurre la particularidad en este terreno de que siendo campo en el que se han ejercitado cirujanos y especialistas, cada uno trata la materia según el mayor desarrollo de sus aptitudes; el especialista poco familiarizado con las operaciones cruentas, y por otra parte conocedor de las minucias de la técnica rinoscópica, practica y pondera todos aquellos métodos que le proporcionan éxito en la silla de su gabinete de consulta, y el cirujano nada timorato, siempre derecho al bulto, elige el medio que considera más radical, sea el que fuere el camino emprendido, estándole vedados, en general, todos aquellos procedimientos para cuya ejecución se precisa una técnica rinoscópica minuciosa. Por esto puede decirse que, en general, los pólipos fibrosos pequeños son del e pecialista y los grandes son los del cirujano. Pero los progresos de la técnica rinoscópica son tan grandes, que de día en día se conocen los avances que el especialista hace en detrimento del cirujano, y hoy ataca el primero por las vías naturales masas poliposas enormes que en otro tiempo hubieran precisado ó el uso de fuertes pinzas y legras á lo Doyen, ó el empleo de operaciones palatinas como la de Nélaton ó la violenta resección del maxilar superior. Un ejemplo de lo que decimos se nos ofreció en el año pasado en nuestra consulta del Hospital de la Princesa. Por recomendación del ilustre cirujano Dr. Berrueco examinamos un anciano de setenta y dos años, que tenía una neoplasia nasofaríngea tan grande que asomaba buen trozo por debajo del velo palatino rechazado adelante, tan enclavada que no consentía el paso del dedo para examinar su implantación, y tan inmóvil que pensamos en una implantación sesil ó por lo menos de gran pedículo, y tan dura que no podíamos dudar se tratase de un fibroma.

Saliendo un poco del terreno que nos hemos propuesto, es bien digna de llamar la atención la circunstancia de recaer esta neoplasia en un anciano de setenta y dos años, caso que consideramos único en la historia, y que in-

valida ó cercena por lo menos la importancia de la teoría patogénica que atribuye el desarrollo de los fibromas en la adolescencia á un proceso relacionado con el desarrollo del tejido osteocartilaginoso de las estructuras craneales.

Sea de esto lo que fuere, nos importa hacer constar que parecía prudente y necesario realizar siquiera la división del velo palatino para poder alcanzar la supuesta base de ancha implantación, pero no fue así, pues que, una vez más, la técnica rinoscópica tuvo medios para conseguir la extirpación de la neoplasia por vía endonasal y la aplicación de un asa galvánica, y sin necesidad de acudir á mi procedimiento, teniendo aplicación el método general de acomodación por medio del dedo introducido por la boca.

Esto seguramente no quiere decir que el especialista haya de vencer en toda la línea, pues existe una categoría de casos en los que la vía natural resulta de ejecución imposible, y aun siendo posible, podría ser peligrosa. Cuando un pólipo fibroso se nos ofrece de gran tamaño y lobulado con lobulaciones que penetran en las fosas nasales, que pueden invadir el seno maxilar, que pueden penetrar en la fosa orbitaria, que pueden pasar hasta la fosa zigomática y la cavidad craneal, entonces el especialista tiene que declararse vencido y entregar el enfermo al bisturí del cirujano. Un ejemplo patente de semejante estado lo tengo actualmente en estudio (1) en mi servicio clínico del Hospital de la Princesa, representado por un adolescente que se me presenta con la apariencia de un sencillo pólipo mucoso de la fosa nasal izquierda, pero en quien, su examen atento, demuestra no sólo la existencia de un voluminoso pólipo fibroso nasofaríngeo que asoma por debajo del nivel del velo palatino y que tiene una gran prolongación á la parte anterior de la fosa nasal izquierda, sino que muestra también señales de una prolongación hacia la fosa zigomática, como lo indica la tumefacción que aparece por debajo del arco zigomático.

Neoplasias de tal desarrollo deben ser sujetas á un detallado estudio con respecto á sus puntos probables de inserción y extensión que pueda tener, así como debe precisarse en lo posible la existencia de adherencias que pueden ser un obstáculo serio para las intervenciones poco cruentas.

En este terreno ya, el especialista puro comienza á retroceder, dejando paso al cirujano.

Pero, aun dentro de la cirugía, debe reclamar el especialista por los fueros de la vía endonasal, en el sentido de que, si bien debe dejar que el cirujano le muestre la puerta abierta, debe procurar que sea por la vía transnasal, para practicar luego la intervención lo más conservadora posible y lo menos peligrosa. De manera que, en mi concepto, la resección del maxilar superior debe ser reservada para casos muy excepcionales, debiendo siempre, al utilizar la vía nasal por los métodos quirúrgicos, seguir la siguiente marcha operatoria. Levántase el relieve nasal, según el método de Ollier, más ó menos ampliado, según las necesidades, y habremos ganado con esto y la exploración digital el conocimiento exacto del lugar de las inserciones, su extensión y la resistencia que ofrecen, y en la mayoría de

(1) En el momento de publicarse este trabajo ha sido ya operado, y será motivo de un trabajo especial y comunicación á la Academia.

los casos habremos procurado una vía lo suficientemente amplia para seguir la operatoria, según las reglas señaladas para la vía endonasal por los métodos no cruentos.

Desechamos la vía palatina por ser topográficamente el punto opuesto al lugar de la inserción del fibroma que deseamos extirpar, y admitimos la resección del maxilar superior solamente para los contados casos en que la resección nasal de Ollier, combinada con los procedimientos endonasales, haya de resultar insuficiente.

Reflexionando sobre lo dicho y procurando deducir de ello alguna conclusión respecto al puesto que le puede corresponder á mi método de aplicación de asa galvánica, diremos que, una vez fracasadas las maniobras empleadas para comprender en una asa un pólipo nasofaríngeo, estamos obligados á ensayar el método que he descrito, el que tendrá una particular aplicación para aquellos pólipos lateralizados, cuyo asiento es intranasal ó en el borde coanal, y para aquellos que por su pequeñez ó posición escapen á toda maniobra directriz, ejecutada por medio del dedo penetrado por la boca.

El Dr. *Botella* dice que el procedimiento del Dr. Rueda es muy ingenioso, y le parece que en muchos casos puede ser útil, dadas las dificultades que se encuentran para pasar el asa en los casos de tumor con adherencias ó de ancha base de implantación.

Contra lo que protesta el Dr. Botella es contra la distinción que el doctor Rueda establece entre especialistas puros y cirujanos. A él le parece que todo especialista debe estar versado en la gran cirugía de la especialidad para poder practicarla siempre que sea necesario; así, pues, al especialista corresponden las laringectomías, que realmente son operaciones de las más cruentas.

El Dr. *Tapia* opina que más que de cirujanos y de especialistas debe hablarse en este caso de operatoria cruenta y por vía endonasal.

Hace pocos años la primera dominaba; la técnica endonasal se ha perfeccionado, y los procedimientos por vía natural dominan hoy, hasta el punto de que el gran cirujano Doyen dice que deben operarse casi todos los fibromas por vía natural. Las indicaciones de una y otra vía están perfecta y unánimemente marcadas en todos los autores. Rueda las ha repetido; no insiste, pues, en asunto tan bien deslindado.

Cuanto al procedimiento original de Rueda, cree Tapia que, en vez de facilitar la maniobra, la hace más engorrosa; la introducción de una asa metálica cerrada, que se hace llegar á la faringe y que después se saca por la boca, en donde se ensancha y con el estilete ranurado de Rueda se coloca abarcando todo lo que en la faringe exista, puede dar el mismo resultado, evitando la maniobra del hilo de tracción y de la sustitución de la seda á la candelilla por el hilo de acero.

El Dr. *Fábregas* cree que lo primero en la operatoria es averiguar el sitio de implantación y la naturaleza del tumor; sobre estos dos puntos se extiende en consideraciones muy atinadas, de las que deduce que el caso presentado por el Dr. Rueda no es un fibroma, sino un pólipo mucoso. Del conocimiento de naturaleza y sitio del tumor se deducirá el procedimiento adecuado de intervención. Cree exagerada la opinión de Doyen, pues hay

casos, casi todos los extrafaríngeos, que exigen la intervención cruenta. Por último, dice que cuando no se ataca el origen del tumor, el acto operatorio resulta insuficiente.

El Dr. *Goyanes* dice que los fibromas nasofaríngeos son benignos por naturaleza, aunque se suelen reproducir fácilmente. No deberá operarse por vía natural cuando haya sospechas de degeneración sarcomatosa, cuando emita prolongaciones á los senos y aun al cerebro. Hay casos mixtos que requieren operar lo extirpable por vía natural, y por vía cruenta lo demás. De las operaciones cruentas, la vía nasal (Ollier, Chaheignac, etc.), es la que da menos campo; su uso debe quedar limitado á facilitar la técnica de los métodos endonasales.

Extiéndese en la descripción sumaria de las diferentes vías cruentas, seguidas por los métodos de Roux, Fontein, de Languelonge, de Kocher y de Chalot; este último, que consiste en seccionar los maxilares y rechazar el borde alveolar, permite una inspección muy amplia y satisface al doctor Goyanes; sin embargo, opina que deben conocerse todos y aplicar en cada caso el que sea más adecuado ó el que surja en el acto operatorio.

El Dr. *Slocker* manifiesta que en el Hospital de la Princesa hay un caso en que la operatoria ha de ser mixta, de vía endonasal y cruenta para extirpar una prolongación retromaxilar, que deforma todo el lado izquierdo y ocluye la cavidad nasal izquierda. Con motivo de este caso, hace resaltar que no siempre es la vía maxilar, única de que aquí se ha hablado, la que debe emplearse, pues en este caso hay necesidad de resecar el arco zigomático, con lo cual espera obtener ancho campo para extirpar esa prolongación.

El Dr. *Rueda* ha visto con agrado que existe unanimidad de criterio al apreciar la importancia de la vía endonasal en la operatoria de los fibromas nasofaríngeos.

Cree que el mecanismo del asa, que caracteriza su procedimiento, no ha sido bien comprendido; haciendo el asa en la forma que él dice, se abarca todo lo que en la faringe exista, puesto que todo está comprendido en ella, lo cual no se logra por otros medios; y entre las mil argucias de que hay que valerse para *cazar* los pólipos (cita dos casos interesantes), este medio le ha dado excelente resultado en pólipos pequeños que por otros medios le había sido imposible operar.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 21 de Febrero de 1906.

Algunas observaciones sobre el empleo del fluoreforme en la tos ferina. — El Dr. *Benítez* dice que hace muchos años emplea el clorhidrato de fenocol en el tratamiento de la tos ferina, y los resultados obtenidos concuerdan con los dados á conocer, primero por el Dr. Martínez Vargas, y posteriormente por otros muchos. Piensa, como el Dr. Sarabia, que este medicamento es el de resultados más positivos en dicha enfermedad, y las gráficas que presenta así lo demuestran.

Pero no sólo el clorhidrato de fenocol, sino otros muchos medicamentos, pueden, según los casos y circunstancias, aliviar la coqueluche, disminuyendo los accesos de tos en intensidad y número.

Es cierto que la innumerable lista de agentes farmacológicos propuestos inducen á pensar que, cual en otras enfermedades, si se aconsejan tantos será porque con ninguno se ha obtenido un resultado verdaderamente lisonjero; pero si por otra parte se tiene en cuenta la respetabilidad de los autores que aseguran haber obtenido resultados satisfactorios con muchos de ellos, el ánimo queda perplejo y dispuesto á la meditación.

Nadie podrá negar que con la belladona en algunos casos, sola ó asociada á los bromuros, que con la antipirina en otros y en no pocos con la ayuda de algún balsámico y expectorante oportunamente administrados, hemos conseguido todos aliviar por más ó menos tiempo enfermos graves de tos ferina.

Considera perjudicial el escepticismo que reina entre la mayoría de los médicos respecto de este punto. El cree, por el contrario, que en la generalidad de los casos se puede hacer mucho y con una terapéutica variada en beneficio de los coqueluchoideos.

En la mayoría de los casos administra el clorhidrato de fenocol, pero además desarrolla un plan terapéutico basado en el predominio de los síntomas de origen nasal, laríngeo ó bronquial. Por pura observación clínica se ha creído autorizado para teorizar y decir que probablemente el germen de la coqueluche anida en todo el árbol respiratorio, con predominio unas veces en las fosas nasales y otras en la laringe, ó ramificaciones bronquiales; y sea por esta razón ó por la mayor ó menor susceptibilidad de estos puntos á las toxinas de aquéllos, es lo cierto que los reflejos de estornudos, espasmo laríngeo ó tos, varían por su intensidad ó repetición en cada caso particular. Pues bien, agrupando estos casos en los tres ya dichos, administra á los primeros insuflaciones, toques y pulverizaciones nasales anestésicas, antisépticas y astringentes, lo mismo que á los segundos directamente á la laringe y á los terceros inhalaciones y pociones balsámicas, calmantes ó expectorantes, según síntomas predominantes de orden secundario ó complicaciones.

Excusa decir que, á pesar de estas ideas, procura que el tratamiento sea lo más sencillo posible y que no olvida las prescripciones higiénicas por todos sabidas.

Deja, para concluir, decir lo que opina respecto al cambio de aires y de clima. Para él es indudable que su efecto es beneficioso siempre que se lleve á cabo cuando la enfermedad haya llegado á todo su apogeo; antes no suele servir para acortar la duración del mal.

El Dr. *Sarabia* dice que en la sesión anterior se limitó única y exclusivamente á valorar el fluoroformo, y en sus conclusiones hacía el juicio crítico que le mereció dicho medicamento, á la vez que no le concedía, hasta la fecha, ninguna superioridad sobre el fenocol.

Esto ha servido de motivo para que el Dr. Benítez haga un meditado juicio crítico de toda la medicación que se emplea contra la tos ferina.

Todos conocéis mi opinión sobre el fenocol, no solamente por lo aquí expuesto, sino por la discusión sostenida en el último Congreso internacional

de Medicina celebrado en Madrid. Algunos y muy reputados médicos no aceptan ciertas dosis por temor al colapso, cuando yo he administrado sin reparo hasta 3 gramos, pues este medicamento tiene la inmensa ventaja de que constantemente podemos vigilar su eliminación por la orina.

Siendo la etiología y la patogenia de la tos ferina desconocidas, forzosamente el tratamiento ha ser empírico. Existen descritos varios microbios, y hasta se ha experimentado para el tratamiento el suero Leuriaux, que en principio hizo concebir grandes esperanzas, pero le cree de poco práctico resultado, mientras no se defina con exactitud el microbio específico de la enfermedad, y ese suero no tiene la característica de otros como base, es decir, microbio indiscutib e como causa de a enfermedad.

No niega la existencia de los estornudos quintosos como forma frustrada de la tos ferina, pero confiesa que no los ha visto, puesto que lo general es la localización laríngea. El ataque de tos puede dar lugar á complicaciones mecánicas é infecciosas. Cree que el germen localizado principalmente en la garganta despierta en ella manifestaciones patológicas, y que evoluciona hasta determinar en algunos casos la forma toxémica y produce lesiones de los centros nervioso como ha podido comprobar en un niño que á los quince días de su nacimiento tuvo un ataque de tos ferina típica y murió por intoxicación de los centros nerviosos, en los que abolió la acción trófica unilateral, y del cual ya hizo á su tiempo publicación en esta Revista.

Respecto del cambio de aires, juzga que es beneficioso, porque es tónico, pero también opina que llevar el germen de una enfermedad á un poblado donde no existe y ser responsable de que otros niños la sufran, por culpa de aquel que se va á curar, es poco humanitario y debemos oponernos á esos traslados, á menos que sean en condiciones ventajosas para los enfermos y sin peligro para la colectividad.

En resumen, dice qne la etiología de la tos no es más que sospechada, la patogenia empírica y el tratamiento sintomático. Nuestra misión es procurar la desinfección local de las vías aéreas y calmar la tos para evitar complicaciones, en tanto que la sueroterapia, de la que hay que esperarlo todo, no nos dé un medio poderoso de curación.

El Dr. *Robert* se muestra también partidario del fenocol, porque es muy buen sedante, pero sin llegar á dosis elevadas.

En un niño de tres meses no se atrevió á dárselo, habiendo curado muy bien con la embrocación Roche. Cree también que, desconociendo el agente que causa la enfermedad, el médico debe tratar de dominar el síntoma más alarmante y que pueda ocasionar alguna complicación.

El Secretario de actas,

Dr. Isaác Moreno.

PERIÓDICOS

Caso raro de queloides desarrollado en una cicatriz de fístula de ano. — El Dr. Fermín Martínez Suárez publica en la *Revista Ibero-Americana de Ciencias Médicas* el siguiente caso clínico, referente á un joven de diecisiete años de edad, quien en el mes de enero del año 1908 empezó á notar como pinchazos en el lado izquierdo del ano; á los quince ó veinte días se le presentó un granito, y diez días después otro cerca del primero, que le impedían sentarse, acompañados de prurito y dolores cada vez más fuertes; por lo cual se vió obligado á llamar al médico de la localidad, que le recetó unas medicinas, entre ellas calas (supositorios), *reventándosele* con ellas primero uno y después el otro, notando entonces algún alivio, si bien pasajero.

Como quiera que desde dicha época no dejaban de supurarle, ocasionándole bastante desazón, y que los dolores (cuando se cerraban, cosa que le había sucedido varias veces) le hacían padecer bastante, resolvió consultar con el Dr. Martínez Suárez.

Colocándole en posición de Sims, apreció en la margen izquierda del ano, y como á cinco centímetros de su orificio, un trayecto fistuloso, y más hacia afuera, próximamente á igual distancia, otro de la misma forma y aspecto que el anterior. Introduciendo un estilete por el más externo no comunicaba con el otro, al parecer, y seguía un trayecto oblicuo de unos 10 centímetros hasta la fosa isquio-rectal, en donde denunciaba la existencia de un gran foco, pues se movía con bastante libertad en todas direcciones. Introduciendo por el otro trayecto — ó sea el más interno — un nuevo estilete, sin sacar el ya colocado, seguía una dirección completamente horizontal, ó sea vertical estando de pié el enfermo, y rasando el esfínter terminaba en el mismo foco que el otro, pudiéndolo apreciar claramente al mover ambos por acusar la sensación de contacto. Ni con el espéculum ani, ni con el dedo introducido en el recto, se notaba nada en la ampolla; pero inclinando cualquiera de las sondas hacia el punto terminal hacían relieve, y entonces se percibía perfectamente el choque producido por el aparato, calculando que el espesor que los separaba era tan sólo el de la mucosa.

Con estos datos, diagnosticó el caso de *absceso de la fosa isquiorrectal izquierda* por foliculitis ascendente.

Hecho ya el diagnóstico, el tratamiento se imponía de una manera clara y terminante. Dadas las condiciones en que estaba el proceso, pues no hubiera sido lógico creer en la eficacia de las inyecciones de aceite yodoformado, glicerina fenicada, etc., etc., por a amplitud del antro supuratorio, que llegaba á la misma mucosa por encima del esfínter, punto de elección para las perforaciones internas, por el roce que produce cuotidianamente el paso de los excrementos al efectuarse la defecación, cuanto por la virulencia que adquiere el *bacilus coli* al encontrar terreno abonado para su desarrollo.

Decidida la intervención, previa desinfección intestinal por medio de

purgantes é irrigaciones altas y abundantes de agua esterilizada, se practicó en 9 de diciembre del siguiente modo:

Introducida la sonda acanalada por el primer orificio fistuloso, se llegó hasta la mucosa rectal por detrás del esfínter, perforándola para completar el trayecto, é incindiendo con el bisturí el puente carnoso producido, comprendiendo á la par en este corte el segundo orificio mencionado. Separados los labios de la herida con dos pinzas de Kocher, se rasparon minuciosamente todas las sinuosidades, que fueron ámpliamente cauterizadas con el termocauterio, quedando una solución de continuidad lineal de bordes iguales, aunque algo extensa, que fué rellenada con tiras de gasa aséptica, compresas de algodón hidrófilo esterilizado y ancho vendaje en T, por ser el que mejores condiciones reune.

Píldoras de un centígramo de opio cada seis horas con objeto de producir el estreñimiento.

Primera cura á las cuarenta y ocho horas, presentando muy buen aspecto la herida.

A los ocho días, irrigación amplia con sonda rectal, que le produce una deposición abundante.

Continúa el buen aspecto de la herida.

Cura minuciosa, valiéndose del irrigador.

Suspensión de las píldoras de opio.

Se ordena la cura cuotidiana con gasa esterilizada, pero sin irrigar; consiguiéndose mantener la herida en buenas condiciones de asepsia y empezando á granular el fondo, aunque con alguna lentitud.

En los días sucesivos, hasta transcurrido un mes próximamente, la cicatriz marcha en buenas condiciones; pero á partir de esta fecha, y faltando tan sólo un medio centímetro desde el fondo de la herida hasta la superficie, la lesión empieza á tomar un aspecto de atonía grande y sangra al menor contacto; los bordes, y especialmente el ángulo externo, empiezan á hipertrofiarse, tomando la forma de una faja blanquecina y dura, que se vuelve hacia afuera en algunos sitios, y en otros hace prolongaciones hacia la piel circundante.

No hay dolores espontáneos, ni á la presión.

En este estado continuó por espacio de otro mes, sin que la más variada terapéutica lograra modificarlo en lo más mínimo; visto lo cual, corté unos trozos del tejido, y la observación microscópica de estos cortes demuestra que éste está formado, en su mayor parte, por un tejido conjuntivo adulto, muy rico en vasos, alrededor de los cuales se encuentran agrupadas gran cantidad de células embrionarias y recubierto por piel con las papilas ligeramente hipertrofiadas. La falta de fibras elásticas y los detalles estructurales antes expuestos, le dan á este tejido gran analogía con el de una cicatriz.

En un queloide cicatricial, examinado por Kohn, se encontraba: en primer lugar, en la parte media del tumor, un tejido cicatricial de mallas anchas, inmediatamente sobre el cual se extendía una capa tenue de epidermis, faltando, por lo tanto, las papilas; y en segundo lugar, una masa queloídea fusiforme, que no sólo se hallaba incrustada en la cicatriz, sino que se presentaba en sus apéndices y una buena parte de su cuerpo, en el

corion sano y provisto de papilas normales. Existía, por consiguiente, una combinación de un queloide con una cicatriz, distinguiéndose de una simple cicatriz hipertrófica que se hallaba formada esencialmente por una red fibrosa bastante vascular y cubierta por una capa de epidermis sin papilas intermedias.

A pesar de que el *queloide* puede ser doloroso y tener su asiento en diversas regiones de la piel, manos, cuello y cara, todos los autores están conformes en que sus sitios predilectos son la región torácica y, sobre todo, el mango del esternón.

Esta fué la causa principal que le hizo recurrir al análisis micrográfico como comprobante, á pesar del aspecto típico que presentaba la cicatriz desde el segundo mes de su curso.

Dada la rebeldía de la enfermedad por su constante tendencia á reproducirse, la elección de la terapéutica era el problema que había que plantear, escogiendo para su resolución el procedimiento que mayores probabilidades de buen éxito ofreciera.

Después de pensar en los diferentes procedimientos usuales para su tratamiento, se decide porque el Dr. Vilches, en el departamento de su cargo en el Instituto Rubio, le tratase por la acción de los rayos X, y he aquí el resultado:

«Terminadas éstas, se cubre la superficie cruenta con algodón hidrófilo empapado en agua ligeramente fenicada ó boratada, siendo de imprescindible necesidad que los instrumentos destinados á hacer la escarificación se encuentren en el mejor estado de asepsia. Las curas subsiguientes á las repetidas escarificaciones, cuyo número varía hasta hacerlo terminar, pueden ser las mismas; pero mejor será cubrirlas con una planchuela de esparadrapo de Vigo, que se renovará todos los días dos veces, en los intervalos de cada sesión de escarificación. Estas sesiones deberán practicarse cada cinco á siete días próximamente, según la marcha del queloide y la docilidad del enfermo».

El método de Le Dentu, ó *mixto*, ha sido aplicado á los queloides espontáneos.

En una revista extranjera, encontró el Dr. Martínez Suárez un notable artículo sobre los rayos X en las neoplasias de la piel, así como las aplicaciones del radium, y pareciéndole muy del caso ensayar estos poderosos agentes terapéuticos, cuyas eficaces aplicaciones van siendo múltiples cada día, acudí á mi compañero de Instituto, Dr. Vilches, persona competentísima en todo lo concerniente á electro y radioterapia, el cual, con la cortesía que le es habitual, se asoció á mi pensamiento, comenzando desde luego las aplicaciones auxiliado por mi ayudante Dr. Conejo de Sola.

He aquí la nota que al final del tratamiento tuvo la bondad de enviar el Dr. Vilches:

«El día 21 de febrero se hizo la primera aplicación de los rayos X, empleando un tubo de 12 centímetros de diámetro próximamente. Intensidad, 5 amperios y duración de la exposición en las primeras sesiones, de cinco minutos solamente, pues temíamos producir demasiada irritación en la superficie cruenta, imposible de proteger. Con objeto de remediar en lo posible este inconveniente, la región fué cubierta con una plancha de plo-

mo adaptable á la superficie curva de las partes, con un orificio en su centro, que dejaba al descubierto el queloide y un margen de piel de 5 milímetros próximamente.

»Las aplicaciones se repitieron dos veces por semana, y en la tercera sesión se produjo ya una ligera hiperemia, que más tarde se convirtió en una verdadera dermatitis, la cual, sin alcanzar gran intensidad, nos indujo á suspender las aplicaciones durante unas dos semanas. Creyendo que la plancha de plomo, por su difícil adaptación al sitio de la neoplasia, no protegía bien las partes adyacentes, se reformó dicha protección, colocando alrededor del tumor una especie de coraza formada por gasas y escayola.

»Las sesiones continuaron dos veces por semana, notándose, una vez calmada la dermatitis, que el tejido queloídeo había disminuído de consistencia y reducido notablemenre su tamaño.

»La influencia de las radiaciones sobre la superficie cruenta, lejos de ocasionar los trastornos que temimos en un principio, fué en extremo beneficiosa, tanto que, por indicación del Dr. Martínez Suárez, procuramos separar los labios de la herida por medio de una compresa de gasa, á fin de que recibiera más directamente las radiaciones. Con este procedimiento se hizo uniformemente granulosa la superficie, disminuyendo la cantidad de pus y tomando éste un aspecto más loable.

»No conozco más que dos observaciones de aplicación de la radioterapia á los tumores queloídeos, publicados por W. J. Morton, en los cuales se obtuvo la curación completa; pero refiere el autor que se produjeron en ambos casos intensos eritemas que obligaron á suspender durante mucho tiempo el tratamiento, por lo cual la curación no fué definitiva sino al cabo de cuatro ó seis meses. Nosotros no hemos observado más que una dermatitis ligera que ha cedido pronto con sólo suspender el tratamiento por espacio de quince días; lo cual puede ser debido tanto á que hemos empleado un tubo de menor potencia que el usado por Morton, como á que el tiempo de exposición ha sido más corto, no pasando de doce minutos como máximum».

En la primera decena de junio este enfermo fué dado de alta por curación. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 13 de Febrero de 1906.

Emigración y salud pública. — El Dr. Chantemesse: Propongo á la Academia las conclusiones siguientes:

La Academia de Medicina, considerando:

Que el tránsito de los emigrantes á través de Francia constituye para la

salud pública un peligro permanente, que aumenta cuando reina el cólera en uno de los países de origen de estos emigrantes;

Que la legislación francesa, en materia de emigración, data de 1861-62 y no está en armonía con las necesidades actuales;

Que, excepto Francia, todos los países europeos por donde pasan los emigrantes han reglamentado severamente su tránsito;

Que la Conferencia internacional sanitaria de París, en 1903, ha previsto, en su art. 41, la adopción de medidas especiales acerca de los emigrantes;

Que en las leyes americanas se consignan actualmente disposiciones relativas á una cuarentena preventiva de los emigrantes procedentes de países infectados de cólera, cuarentena que debe sufrirse antes de la partida en un puerto de embarque;

Creo conveniente:

1.° Que la legislación francesa en materia de emigración debe ser modificada en sus disposiciones relativas á la entrada de los emigrantes en nuestro territorio, á su paso á través de Francia y, por último, á su permanencia en nuestro país.

2.° Que esta nueva reglamentación se inspire en las medidas tomadas por los Gobiernos extranjeros, especialmente por los de Holanda, Alemania y países americanos.

3.° Que la vigilancia administrativa y la sanitaria de los emigrantes, distintas por completo una de otra en sus fines y en sus medios, sean en adelante divididas y confiada cada una de ellas al servicio competente.

Estas conclusiones fueron adoptadas por la Academia.

Mortalidad tuberculosa. — El Dr. Brouardel: Todos estamos de acuerdo acerca de un punto: la insuficiencia de precisión de los documentos estadísticos relativos á la tuberculosis, la certeza de las omisiones cometidas en ellos y la imposibilidad de saber bajo qué epígrafes figuran en realidad estas tuberculosis ignoradas. De esta imperfección de la estadística no es responsable la Administración, porque los elementos de que dispone son deficientes. En las ciudades populosas, la declaración de las causas de muerte se hace por los médicos forenses; en las poblaciones menos importantes, por el médico de la familia del finado, y en las rurales el médico, por lo general, es extraño á estas declaraciones.

El médico forense tiene que diagnosticar la causa de la muerte por los datos que le suministra la familia y por las recetas.

El médico de la familia está mejor informado, porque ha seguido el curso de la enfermedad; pero se halla cohibido por el secreto profesional. Por lo tanto, la declaración de las causas de fallecimiento, aun cuando sea de origen médico, es por necesidad inexacta, porque jamás se indica una enfermedad que pueda perjudicar á la memoria del muerto ó á los intereses de la familia. Con el sistema actual no es, pues, posible tener una estadística seria.

Y, sin embargo, la cuestión puede resolverse. Para ello basta adoptar el sistema que la Academia recomendó en 1857, y que consiste en la declaración hecha, bajo sobre sellado, á la autoridad por el médico que haya asistido al enfermo.

En 1879 volvió á tratarse la misma cuestión en la Academia, y ésta se declaró en favor de la práctica siguiente: ocurrido un fallecimiento, la Administración debe enviar al médico que hubiera asistido al sujeto un boletín en el que no deben constar ni el nombre ni los apellidos del difunto, y cuyo boletín debe ser devuelto á la Administración en sobre sellado.

La verdad es que la cooperación de los médicos particulares ha tenido un éxito desgraciado.

En 1885, la Asociación general de médicos de Francia adoptó el proyecto de boletines firmados por el médico encargado de cada enfermo fallecido, dirigidos en pliego cerrado al alcalde, para ser remitidos por éste al Consejo de higiene por vía administrativa.

En resumen; parece que se podían subsanar los defectos de la estadística por medidas de poca importancia, pero no es así, y no se logrará el fin apetecido más que adoptando los principios propuestos por la Academia en 1857.

El Dr. Cornil: La estadística local se hace de un modo muy singular. En una población de 35.000 habitantes me informé de cómo se hacía, y pude convencerme de que en realidad estaba confiada á un modesto empleado de la alcaldía, cuya tarea era aún más difícil por no haber en la localidad médico forense. Por otra parte, la misión de estos médicos es menos á propósito para determinar la causa verdadera de la defunción que para atribuir ésta á enfermedades no contagiosas, porque para determinar la causa tienen que atenerse generalmente á las declaraciones de la familia. Es conveniente siempre que en toda población donde haya de publicarse la estadística, se confíe el servicio de declaración á un médico especial, pero reconozco que es mejor el sistema recomendado por el Dr. Bruardel.

Cuanto á la desinfección, creo que es irrealizable en las poblaciones rurales, en las que el tuberculoso condenado á muerte segura en plazo más ó menos próximo, es un paria privado de asistencia facultativa, y al que, por lo tanto, no se somete á las medidas de desinfección.

El Dr. *Bucquoy* leyó un trabajo del Dr. Márquez de Hyères, en el cual éste pide que la desinfección sea propuesta por el médico siempre que la juzgue necesaria, debiendo ser practicada y costeada por la municipalidad.

El Dr. Kelsch: Creo que la declaración obligatoria de la tuberculosis no tendrá una gran influencia sobre la profilaxis de esta enfermedad, y lo mismo digo en lo que se refiere á la desinfección, porque lo que domina en la evolución de la tuberculosis, es la adaptación del terreno del individuo. Cuando se hace la autopsia de militares fallecidos por enfermedad distinta de la tuberculosis, se encuentra en un 50 por 100 lesiones tuberculosas curadas, que datan probablemente de la infancia. Entre estos preinfectados es donde se desarrolla la tuberculosis, cuando las circunstancias han preparado el terreno, y lo mismo ocurre en el elemento civil. Cuando estos tuberculosos curados de un primer ataque se estenúan, tienen que sostener una lucha ruda por la existencia, cuando trabajan en talleres de mucho trabajo, ó viven en locales húmedos ó en oficinas insalubres, vuelven á padecer la tuberculosis. Es, pues, conveniente desinfectar estos locales que tanto contribuyen al desarrollo de la tuberculosis en los predispuestos, en los que hacen renacer estas autogénesis.

No me opongo á lo propuesto por nuestros colegas, al contrario, voy más allá; pero no soy de los que hacen de la declaración obligatoria de la tuberculosis una panacea. Más importante es la abolición del trabajo excesivo, la lucha contra el alcoholismo, el saneamiento de los locales donde se trabaja y la supresión de las habitaciones insalubres.

La lucha contra la tuberculosis constituye un problema social de los más difíciles y debatidos.

El Dr. Lereboullet: Voto contra la declaración obligatoria, porque constituye un vejamen, y es, además, irrealizable.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 28 de Febrero de 1906.

Anestesia general.—El Dr. *Walther* leyó un informe acerca de una comunicación del Dr. Psaltoff (de Esmirna), referente á los resultados de 26 anestesias clorofórmicas practicadas después de la inyección previa de escopolamina-morfina. Los buenos efectos obtenidos por el Dr. Psaltoff con este método de anestesia, confirman en absoluto las conclusiones sentadas por el Dr. Walther respecto á este particular.

El Dr. Psaltoff ha recurrido cuatro veces á la anestesia por la escopolamina-morfina sola, en operaciones poco importantes, como el raspado del útero, de los huesos, etc.; en estos cuatro casos el sueño fué bastante profundo y la anestesia lo suficientemente completa para permitir operar sin dolor á los enfermos.

El Dr. Walther aprovechó la ocasión para completar su estadística de anestesias por la escopolamina-morfina, sola ó asociada al cloroformo. Lleva empleado hasta la fecha este modo de anestesia en 326 casos, es decir, que le ha usado en casi todas las operaciones practicadas desde su última comunicación, excepto en las operaciones en niños y sobre la cara, y particularmente sobre la boca, en las que conviene que los enfermos puedan escupir con rapidez, y en las que es perjudicial la escopolamina-morfina, que prolonga el sueño varias horas después de la operación. El Dr. Walther ha empleado 21 veces la escopolamina-morfina sola, sin cloroformo, para los raspados uterinos, reducción de fracturas, etc. Jamás ha observado con este método de anestesia el menor accidente atribuíble á la escopolamina-morfina.

En sus últimas 79 anestesias ha disminuído bastante la cantidad de escopolamina-morfina inyectada. Al principio inyectaba, una hora antes de la operación, 1 milígramo de escopolamina y 1 centígramo de morfina; actualmente inyecta la misma cantidad de morfina y la mitad sólo de escopolamina. Con esta dosis el sueño es más ligero, los enfermos presentan algo de excitación clorofórmica preanestésica, pero la anestesia no es por eso menos regular, igual que la respiración y el pulso. En las personas robustas y alcohólicas conviene emplear 1 centígramo de morfina y 1 milígramo de escopolamina.

Con estas dosis jamás ha observado el Dr. Walther la tendencia á las

hemorragias, que se citan como consecuencia de las tres inyecciones preclorofórmicas. Tampoco ha visto presentarse accidentes sincopales, como ocurrió en el caso referido por el Dr. Monod; es, por otra parte, más que probable que en este caso los accidentes fueran debidos, no á la escopolamina, sino al cloroformo que se administró á dosis excesivas (75 gramos para una operación que duró una hora). La escopolamina, muy por el contrario—y este es su mérito principal—disminuye el peligro de los síncopes clorofórmicos al hacer necesarias, para la anestesia, dosis más pequeñas de este medicamento. En prueba de el o citó ejemplos de enfermos obesos, enfisematosos, con corazón grasiento, á los que no se hubiera atrevido á anestesiar sólo con cloroformo, y que operó sin el menor accidente, gracias á la escopolamina-morfina. Sólo en un caso observó espasmo de la glotis en una mujer nerviosa; no ha podido explicarse esta complicación excepcional entre los efectos ordinarios que produce la escopolamina-morfina en las personas nerviosas.

Las ventajas de la anestesia por la escopolamina-morfina asociada al cloroformo sobre la anestesia por el cloroformo sólo, resultan de las observaciones de 13 enfermos que el Dr. Walther ha tenido ocasión de operar con este nuevo método de anestesia, y á los que él ú otros cirujanos habían operado empleando la anestesia clorofórmica ordinaria. En estos sujetos la anestesia por la escopolamina-morfina asociada al cloroformo, produjo desde todos los puntos de vista resultados superiores á las anestesias precedentes.

Como el Dr. Walther emplea en la actualidad para sus cloroformizaciones el aparato de Richard, podría objetarse que los buenos resultados que acaba de citar son debidos á este aparato y no á la escopolamina-morfina. Es un error: la cloroformización simple con el aparato de Richard no está exenta de algunos accidentes — vómitos, alarmas ligeras — mientras que después de la inyección de la escopolamina-morfina, la cloroformización, aunque se practique con la compresa, se obtiene con regularidad perfecta.

Terminó el Dr. Walter manifestando que, al contrario de lo que afirmó en su primera comunicación sobre este asunto, los vómitos post anestésicos son también rarísimos, á consecuencia de la anestesia por la escopolamina-morfina y el cloroformo.

Herida por arma de fuego.—El Dr. *Picqué* leyó un informe acerca de una observación comunicada por el Dr. Piéri (de Marsella). El herido, que recibió en el dorso el disparo de un arma de fuego, fué operado cinco horas después, y aunque no presentaba síntoma abdominal alguno, el Dr. Piéri encontró 15 perforaciones intestinales, de las que hizo la sutura en bolsa. Limpieza del peritoneo, infectado ya, y que contenía materias fecales. Desagüe. Curación sin complicaciones.

El Dr. Picqué felicitó al Dr. Piéri por el resultado obtenido, que es preciso atribuir indudablemente—descartando la habilidad del operador—á la precocidad de la operación. Ha sido siempre partidario decidido de la intervención precoz en todos los casos, no sólo de herida penetrante del abdomen, sino aun cuando no haya síntoma alguno que haga sospechar la existencia de una lesión visceral. Esta regla, seguida fielmente en su Clínica del Hospital Bichat, le permite poder citar una estadística de 13 casos

de heridas penetrantes ó contusiones del abdomen, con 10 curaciones y 3 muertes; entre los casos de muerte 2 fueron debidas á que los enfermos ingresaron en el hospital después de haber transcurrido cuarenta y ocho horas del accidente, cuando había ya peritonitis generalizada.

El Dr. *Chaput* dijo que había tenido ocasión hace poco tiempo de intervenir, ocho horas después del accidente, en un caso de herida penetrate del abdomen por arma de fuego, complicada también con 15 perforaciones del intestino y 4 del mesenterio. Hizo, igual que el Dr. Piéri, la sutura en bolsa de las perforaciones, limpió y desaguó el peritoneo (desagüe anterior y rectal), y su operado se hallaba casi curado cuando sobrevino una congestión pulmonar que produjo la muerte á los pocos días.

El Dr. *Michaux* manifestó que la estadística comunicada por el Dr. Picqué sería notable con sus 10 curaciones de 13 casos (mortalidad 23 por 100) si hubiera habido verdaderamente en todos ellos lesiones viscerales. Nada de esto ocurre, porque la mitad de los casos de esta estadística se refieren á heridas penetrantes ó contusiones del abdomen sin lesiones viscerales. En tales condiciones nada hay, en verdad, que distinga estas estadísticas de las tristes publicadas hasta ahora, porque la proporción de muertes después de la laparotomía, por lesiones viscerales traumáticas, se halla representada en ella casi en el 50 por 100.

Hidronefrosis intermitente parcial. — El Dr. *Bacy* refirió un caso de hidronefrosis que se caracterizaba por el hecho de que la bolsa hidronefrótica no estaba desarrollada, como ocurre de ordinario, á expensas de la pelvis renal, sino en el interior del riñón mismo. La cavidad hidronefrótica ocupaba el segmento inferior del órgano, y la pared se hallaba formada de tejido renal sano, rechazado y comprimido en sentido excéntrico. La pelvis renal estaba ligeramente dilatada; la bolsilla que formaba se encontraba separada de la gruesa bolsa intrarrenal por un espolón formado por la unión de la pared de la pelvis renal con el tejido renal subyacente.

La hidronefrosis estaba infectada, y fué preciso practicar la nefrectomía después de ensayar sin éxito la nefrotomía simple.

El Dr. *Le Dentu* dijo que había observado un caso de hidronefrosis parcial, análogo al anterior, en una mujer en la que se practicó lo nefrotomía por padecer hematurias abundantísimas. Encontró en el polo superior del riñón varios quistes pequeños sin comunicación con la pelvis renal. Hizo la resección parcial del riñón y la enferma curó.

Fractura del muslo.—El Dr. *Monod* presentó la radiografía de una fractura del muslo, tratado por el aparato de Hennequin, aplicado por éste mismo. La radiografía prueba que, en este hombre, aunque el resultado funcional es perfecto, con acortamiento de 2 centímetros á lo sumo, existe un cabalgamiento grandísimo de los dos fragmentos del fémur. Este ejemplo prueba con qué circunspección conviene acoger las declaraciones de algunos individuos que, después de una fractura del muslo, tratada tan perfectamente como es posible, pretenden que andan muy mal, y fundan su afirmación en una radiografía que indica el cabalgamiento más ó menos considerable del hueso: en realidad, el caso actual es una prueba: un cabalgamiento, aun excesivo, observado en una radiografía, no es incompatible con la función excelente del miembro.

El Dr. *Delbet* manifestó que la observación del Dr. Monod prueba una vez más que el aparato de Hennequin—aun aplicado por su autor—lo mismo que todos los demás aparatos, es incapaz de asegurar la reducción perfecta, extremo con extremo, de los fragmentos óseos en un caso de fractura del fémur. Haciendo sólo una radiografía puede creerse que la reducción es perfecta; pero otra radiografía hecha en un plano diferente, revela siempre la existencia del cabalgamiento más ó menos marcado.

El Dr. *Kirmisson* dijo que en realidad, en el caso del Dr. Monod, el cabalgamiento es muy moderado, porque la sombra de la radiografía, y que da la ilusión de un cabalgamiento considerable del fragmento inferior, no es más que la sombra producida por una banda de hueso perióstico nuevo. No se explica, por otra parte, que si el cabalgamiento fuera en realidad tan marcado como se pretende, el miembro no se hubiera acortado más y el resultado fuese tan perfecto.

El Dr. *Tuffier* indicó que se asociaba por completo á las observaciones hechas por el Dr. Delbet: jamás ha observado por la radiografía la reducción extremo con extremo en los casos de fracturas del fémur más que en los casos de fracturas por causa directa; en los demás, y sea cual fuere el aparato aplicado, hay siempre cabalgamiento más ó menos notable de los fragmentos. Este cabalgamiento no suele influir sobre el resultado funcional final más que cuando los ejes de los dos fragmentos quedan paralelos. No sucede así cuando se consigue que concuerden los ejes.

El Dr. *Hennequin* manifestó que la ventaja principal de su aparato es establecer y mantener esta concordancia del eje de los fragmentos: poco importa en este caso que no haya coaptación de sus extremos: el resultado funcional definitivo es el mismo.—(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesiones de los días 7 y 14 de Febrero de 1906.

La urea y el ácido úrico en la gota.—El Dr. *Senator* hace mérito de los exrimentos que han realizado autores holandeses en conejos y en perros, experimentos á que también ha aludido el conferenciante y que se han aducido en apoyo de una teoría.

El Dr. *Falkenstein* insiste en o frecuente que es encontrar en la clínica combinadas en la gota la diabetes y la obesidad, tres enfermedades del metabolismo nutritivo, de las cuales, sin embargo, no es de rigor que se herede más que una sola. Como en el embrión se desarrollan de un mismo rudimento el hígado, el páncreas y el estómago, da esto motivo á pensar en que si los dos primeros órganos se ha visto que son el origen de la diabetes, el estómago, en cambio, debe ser considerado como el punto de partida de la gota.

Hyperostosis del hueso maxilar superior.—El Dr. *B. Fränkel* presenta una enferma que ya hizo comparecer en 1888, cuando tenía doce años, en cuya época padecía de una leontiasis muy acentuada de todos los huesos de la cara. La enferma fué tratada después durante mucho tiempo con cura de

unciones mercuriales, y está del todo curada desde hace años, quedándole tan sólo una tumefacción muy ligera de las tuberosidades frontales del maxilar superior.»

El caso es el primero que se ha descrito hasta ahora de curación de la leontiasis.

El autor presenta, además, un hombre de cuarenta y cuatro años, que, estando en el servicio militar, al manejar una vez la bayoneta, recibió un golpe en el carrillo derecho. Después de este golpe se le desarrolló, primero en el lado derecho y después en el izquierdo, una afección del saco lagrimal que le impedía respirar por las narices; luego se le presentaron unas tumefacciones de dureza ósea en ambos maxilares superiores, y también hacia el paladar óseo y hacia la nariz. Las partes blandas no se afectaron en lo más mínimo, particularidad que distingue estas hiperostosis de las de la acromegalia. El examen radioscópico ha demostrado que en ambos maxilares se conserva la cueva ó seno de Higmoro. También en este caso está indicada una cura con unciones mercuriales.

El Dr. *Grunmach* presenta la imagen estereoscópica de un caso análogo, aunque no tan avanzado en su evolución.

El radio como agente terapéutico.— El Dr. *Saalfeld* refiere que con el empleo terapéutico del radio en casos de angioma y en otras afecciones, ha visto desarrollarse teleangiectasias, y añade que, en su concepto, este procedimiento no conviene para el tratamiento de angiomas, psoriasis y otras afecciones análogas de la cara.

El Dr. *Blaschko* contesta que él, por su parte, nunca ha visto que se presentaran tales consecuencias, y que se inclina á atribuirlas á la naturaleza del preparado ó á su manera de aplicar o.

Progresos técnicos de la odontología.—El Dr. *Warnekros* llama la atención acerca de la importancia que tiene la pérdida de algunos dientes, incluso de los molares, para la conservación de los que quedan sanos, y hace ver cuánto importa acudir lo más pronto posible á reemplazar tales defectos. De no hacerlo así, los dientes que quedan sufren una carga que no les corresponde, por el hecho de crearse superficies anómalas de rozamiento, siendo la consecuencia de todo esto, caries, desgaste prematuro y piorrea alveolar. Como prueba de todo lo dicho, presenta el autor numerosas figuras.

Además, hace mérito de la importancia que tiene la electrolisis de las raíces dentarias.

Alteraciones trofoneuróticas de las extremidades.—El Dr. *Max Mosse* presenta varios enfermos que tienen alteraciones trofoneuróticas en las extremidades. Dos de estos enfermos son madre é hija. Padecen además de alteraciones de la sensibilidad combinadas con coloración rojo-azulada de la piel que, al mismo tiempo, aparece fría al tacto y se va atrofiando poco á poco. Esta atrofia idiopática de la piel, llamada antes eritromelia, se observa bajo diferentes formas, de las cuales, la designada con el nombre de acrodermatitis atrófica, por Herxheimer, es también la que ha descrito este autor con más exactitud. Comienza con infiltraciones circunscritas de la piel.

¿Equinococo del hígado?—El Dr. *Max Mosse* presenta el caso siguiente: Una muchacha, de dieciocho años, viene observando hace algún tiempo

la existencia de coágulos en la orina, que el autor ha visto también en una ocasión. Están constituídos, no por moco, sino por albúmina, la cual, á juzgar por el tinte que toma con el colorante de Weigert, se debe considerar como fibrina. Además contiene la orina mucha fibrina y elementos morfológicos, principalmente cilindros y bacterias. Por otra parte, la muchacha está ictérica y tiene muy abultado el hígado y tumor esplénico.

El autor no se decide á sentar ningún diagnóstico, pero cree que pudiera tratarse de un equinococo del hígado.

Hemorragia en los tubérculos cuadrigéminos.—El Dr. *Max Mosse* refiere, que una mujer, de cincuenta y cinco años, que había tenido diplopia en la primavera última, pero que después había mejorado de dicho síntoma, en diciembre cayó de pronto enferma con vértigos y ya no pudo abrir más los ojos. En el derecho había una oftalmoplegia total, y en el izquierdo, parálisis del motor ocular común. Existía, además, insuficiencia aórtica. Al cabo de algunas semanas, sin haberse modificado gran cosa los síntomas, falleció la enferma.

Autopsia: Meningitis de la base; focos hemorrágicos en los tubérculos cuadrigéminos y en el cuerpo estriado.

Las hemorragias en los tubérculos cuadrigéminos son rarísimas. Lo característico de ellas es que, á pesar de la parálisis de los músculos oculares, no existe un trastorno visual muy pronunciado, sino tan sólo una reducción concéntrica, poco marcada, del campo visual, y, al mismo tiempo, ataxia cerebelosa.

El Dr. *Ewald* duda que en el caso segundo se trate de un equinococo del hígado, puesto que esta afección no explicaría el tumor del bazo, á no ser que exista al mismo tiempo un equinococo de este último órgano.

El Dr. *Senator* participa de la misma duda, y para ello se apoya también en el dato de la ictericia. Es un caso en que no se puede establecer diagnóstico, pues para sentar el de degeneración amiloidea en que también se ha pensado, falta causa que la explique.

El Dr. *Westenhoeffer* recuerda un caso de qui uria y fibrinuria en el que se encontraron parásitos en el riñón.

El Dr. *Mosse* sigue también con sus dudas, y lo único que cree posible es que se trate de un equinococo.

El Dr. *Blaschko* hace observar respecto á los casos del primer grupo, que los de acrocianosis, eritromelia, etc., no han sido observados lo suficiente para poderlos distinguir entre sí. La afección mejor estudiada es la de Herxheimer, que el autor ha podido observar dos veces en evolución. En ella existen infiltraciones en la piel, acompañadas al principio de fenómenos inflamatorios poco marcados. Pero también se observan procesos análogos en las congelaciones, y como consecuencia de otros traumatismos. En suma, hoy por hoy es prematuro reducir á un cuadro morboso único todos estos trastornos vasomotores tan diferentes.

Pelagra.—El Dr. *T. Weyl* comienza diciendo que la pelagra fué observada por primera vez en Italia en el siglo XVIII, y que el año 1815 se atribuyó su desarrollo al uso del maíz averiado. Más tarde se la consideró como una enfermedad infecciosa; sin embargo, ha sido principalmente Lom-

broso quien desde 1880, y á pesar de todas las impugnaciones que ha tenido que sufrir con este motivo, persistió en atribuir el origen de la enfermedad al maíz averiado. Verdad es que esta teoría no se ha completado hasta los últimos detalles, puesto que ni siquiera se conoce químicamente la substancia que habría de intervenir como agente patógeno; pero á favor de su exactitud depone por de pronto el hecho de que la pelagra se presenta exclusivamente en países donde se consume maíz; donde es más frecuente, es en las provincias septentrionales de Italia, en las que mueren anualmente de pelagra unas 4.000 personas, y la padecen el 8 á 9 por 100 de los asilados en los manicomios.

La enfermedad empieza con desprendimiento de trozos de epidermis en la cara y en las extremidades; pero sin que dicho desprendimiento tenga en sí nada de característico. Después se desarrolla una dermatitis circunscrita que se cura dejando como secuela manchas pigmentadas. Si el enfermo continúa con el mismo género de vida, se repite el mismo cuadro en la primavera siguiente; pero presentándose además una gran debilidad, que acompañada de diarrea conduce á una caquexia grave. Sobre esta base se desarrolla un estado de decadencia con carácter definitivo, durante el cual el enfermo llega á perder completamente su razón.

La enfermedad se presenta exclusivamente en personas que se ven obligadas á comer maíz averiado. La causa de semejante necesidad hay que buscarla en las deplorables condiciones sociales de Italia, que entregan por completo al obrero en manos de propietarios sin conciencia. Estos últimos pagan á sus jornaleros en parte con maíz, y precisamente con el de la calidad que pudiéramos llamar de tercera clase; es el maíz que se recoge á la conclusión del año, ó sea en una época de mucha humedad, por lo cual no pudiendo secarse bien se enmohece.

Termina el autor tratando de las disposiciones legales que se han adoptado para evitar la difusión de la pelagra, y presenta con el aparato de proyecciones figuras de enfermos pelagrosos y de establecimientos dedicados á su tratamiento. — (*Deutsche Medizinal Zeitung*). — R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 9 de Febrero de 1906.

Cretinismo en el perro. — El Dr. *Julio de Wagner* presenta un perro que tiene: la cabeza abultada y corta; las partes blandas, sobre todo las de la cara, hipertrofiadas; las extremidades gruesas, toscas y cortas; los movimientos torpes, y gran apatía.

El Dr. *Domingo Pupovac* hace notar que en las comarcas en que es endémico el cretinismo se encuentran también algunos perros cretinos. El autor vió una perra con tres cachorros muy cretinos y otros dos que no lo estaban tanto. Con el tratamiento tiroideo se consiguió normalizar su desarrollo, pero dos de los más graves sucumbieron.

El Dr. *Gustavo Alexander* dice que el perro cretino que se ha presentado percibe mal las notas altas y bien las medias y bajas.

En el cretinismo humano se observan tres variedades de alteraciones auditivas: el primer grupo comprende los catarros de las trompas y del oído medio ocasionados por hipertrofia del tejido adenoideo de la nasofaringe, hipertrofia que retrograda, y con ella la alteración del oído, con el tratamiento tiroideo; el segundo grupo comprende los casos de sordera congénita, cuya causa ignoramos, y que va acompañada, como es natural, de mudez; el tercer grupo, de sordera moderada, reconoce por origen una afección del oído interno, casos que también mejoran con el tratamiento tiroideo.

Las afecciones del oído interno no son raras en los cretinos, pero la escasa inteligencia de casi todos los sujetos dificulta mucho el examen de su audición. El estudio anatomopatológico del oído de los perros cretinos es muy probable que nos llegue á ilustrar acerca de las lesiones análogas que existan en los cretinos humanos.

El Dr. *Víctor Hammerschlag* dice que, según las investigaciones modernas, y entre ellas las de Habermann de Graz, la sordera de los cretinos se debe á alteraciones de su aparato perceptor de los sonidos.

El Dr. *de Wagner* hace observar que hay casos, como el publicado por Eberth, relativo á una ternera cretina, que no son de cretinismo, sino de condrodistrofia, enfermedad que no tiene nada que ver con el cretinismo, sino más bien con ciertas formas de micromielia del adulto. El mismo caso de Wagner no es seguro que haya sido de cretinismo.

Efectos de la compresión del tórax en niños atropellados en una iglesia. — El Dr. *Teodoro Escherich* refiere que de los niños que fueron atropellados en una iglesia á consecuencia de un pánico, 7 de los más graves llegaron al hospital sin conocimiento casi todos, pero en las primeras horas de la noche habían mejorado de un modo sorprendente. A la mañana siguiente se vió que 4 de los niños, al caerse en las escaleras de salida, se habían excoriado la piel y ocasionado fracturas, pero uno de los niños tenía además lesiones en la cabeza y en el cuello.

Los otros 3 niños no habían podido salir de la iglesia y habían sido estrujados. No presentaban ninguna lesión traumática, no se habían caído al suelo, pero habían sido comprimidos de tal modo que no les había sido posible gritar ni siquiera respirar. Ni entonces ni después en el hospital sintieron ningún dolor. Las lesiones de estos 3 niños, de ocho, diez y once años respectivamente, se limitaban á la cabeza, cuello y parte superior del pecho. La cara estaba abotagada y lívida, y la piel, antes de recobrar su color normal, pasó por un tinte cobrizo. En la frente, y también en los carrillos y en el mentón, se veían manchitas hemorrágicas obscuras, del tamaño de un guisante á una falange. Las órbitas presentaban en toda su extensión una sufusión rojo-azulada obscura, de suerte que los ojos parecían estar en dos cavidades negruzcas, y como además lo blanco de los ojos estaba ocupado casi por completo por hemorragias conjuntivales, el aspecto de estas criaturas era de lo más terrorífico. En las mucosas nasal y bucal no había hemorragia, pero sí en el cuello, donde se las veía de color obscuro y en forma de estrías transversales. A nivel del borde superior del esternón empezaba una zona de unos 6 centímetros de ancho, y que se iba estrechando hacia los hombros, en la que se encontraban numerosas petequias, puntiformes

unas y hasta del tamaño de una lenteja otras. Estaban más apiñadas en el centro de la zona, y esta última presentaba límites muy precisos.

Todas estas lesiones retrogradaron rápidamente, haciéndolo primero el edema y las hemorragias de la cara, y después las petequias del pecho y de la órbita. Las que más persisten son las de la conjuntiva, del cuello y de la porción media del esternón, que aún se ven hoy á los nueve días del accidente. A todo esto, el estado subjetivo y el humor de los niños eran excelentes. Había motivo á pensar en alguna hemorragia cerebral, y, en efecto, en una niña que estuvo más tiempo sin conocimiento que los demás lesionados, salía algo de sangre por el oído derecho, pero no había fractura del cráneo, puesto que á la mañana siguiente la niña se levantó sin ningún trastorno. Sin embargo, la hemorragia interior pudo afectar á una zona *muda* del cerebro.

La causa de todas estas lesiones ha sido, sin duda alguna, la gran compresión que ha sufrido el tórax flexible de los niños al ser atropellados por la gran masa de gente que pugnaba por salir de la iglesia. Al dificultarse la inspiración sobrevino una gran estancación venosa, análoga á la que se observa en los ataques violentos de tos ferina ó de epilepsia. Es posible que la presión se haya hecho mayor por los esfuerzos de los niños para gritar teniendo cerrada la glotis.

Aneurisma de la arteria maxilar.—El Dr. *Alfredo Exner* presenta una muchacha de quince años que desde su nacimiento tenía un hemangioma de la mucosa del carrillo derecho. En el espacio de cuatro meses le cauterizaron el hemangioma con el termo tres veces, y siempre por la cavidad bucal. Al poco tiempo de la última cauterización creció más el tumor, pero después el crecimiento fué poco marcado. En la actualidad está muy abultada la mitad inferior del carrillo, pero la piel sólo está un poco alterada cerca del ángulo de la boca. La mucosa del carrillo y una parte de la apófisis alveolar están ocupadas por un hemangioma blando, en cuya parte anterior se encuentra un tumor un poco más duro, como una nuez y casi esférico. Este tumor es un aneurisma de la arteria maxilar, pero no un aneurisma arteriovenoso, pues faltan síntomas para establecer este diagnóstico.

Tumor retroperitoneal. —El Dr. *Odon de Frisch* presenta un hombre de veintiocho años que tiene en el vientre un tumor duro, de tuberosidades muy gruesas, del tamaño de la cabeza de un feto, y que al parecer se desarrolló con mucha rapidez; se encuentra casi en la línea media, es movible y se puede tocar por el recto. No hay síntomas vesicales, pero sí intestinales, que hacen pensar en una compresión del estómago. El testículo izquierdo se encuentra en la ingle; en la bolsa escrotal derecha, viendo que el testículo aparecía muy blando al tacto, se practicó una punción, resultando existir un hidrocele. El autor cree que el tumor abdominal es un sarcoma del testículo derecho retenido.

Gangrena de origen nicotínico.—El Dr. *Ernesto Grossmann* presenta un individuo de veintiséis años que hasta la edad de dieciséis siempre había estado sano. En dicha época tuvo que permanecer cuatro semanas en una Clínica á causa de síntomas cardíacos que se iniciaron de pronto. Hace dos años, á consecuencia de un enfriamiento, sintió dolores muy violentos en la pierna derecha, que duraron ocho días, dolores que reaparecieron en

otoño de 1904 para no desaparecer más, si se prescinde de algunas breves remisiones. Desde hace un año tiene que andar con bastón, y aun así, á los dos ó tres minutos siente en el pié derecho dolores tan fuertes, que se ve obligado á descansar algunos minutos. Hace cuatro meses se empezó á poner de color negro el borde externo del pié, iniciándose así lentamente la gangrena en medio de dolores insoportables.

Este enfermo viene fumando de 25 á 30 cigarrillos desde la edad de catorce años, y además es bebedor, pero niega haber tenido sífilis. Los órganos interiores, el estado del sistema nervioso y la orina no presentan ninguna anomalía. El pié derecho y el tercio inferior de la pierna están hinchados; la piel del pié tiene un color rojo azulado, que en algunos puntos llega á ser negro. La gangrena, que sólo en parte está bien limitada, llega hasta el medio del dorso del pié. Los músculos de la pierna están atrofiados, pero conservan su excitabilidad eléctrica. Su perímetro es dos centímetros menor que el de la pierna izquierda. Las arterias femorales laten; en cambio no se percibe el latido de las arterias tibiales posteriores, de las pedias y de la arteria radial derecha. Se trata sin duda de una endoarteritis de origen nicotínico.

Edema prepucial mejorado con la tiosinamina.—El Dr. *Eduardo Schiff* presenta un caso de edema prepucial que ha mejorado con seis inyecciones de una disolución de tiosinamina al 10 por 100, habiéndose inyectado al día dos divisiones de la jeringuilla y después tres.

Lupus tratado con los rayos Röntgen y con la franklinización.—El Dr. *Eduardo Schiff* presenta una joven de veintidós años con un foco luposo en la punta de la nariz y otro en el labio superior, debajo del tabique.

Con nueve sesiones de rayos Röntgen se destruyó por completo el foco tuberculoso de la punta de la nariz, quedando en su lugar una pérdida de substancia del tamaño de un céntimo, la cual se cubrió de epidermis con la franklinización.

El Dr. *Antonio de Eiselberg* opina que el proceso no se puede dar por curado.

El Dr. *Lang* se expresa en el mismo sentido.

Linfangioma quístico. — El Dr. *Leischner* presenta una mujer de cuarenta años, que hará unos seis notó en la ingle izquierda un bulto como una nuez, sin causa á qué atribuir su aparición. No le producía molestia alguna, fué creciendo lentamente, y de cuando en cuando, como unas diez veces, se formó en él una fistulita, por la que salía gran cantidad de un líquido claro é incoloro, con lo cual se reducía mucho el tumor. En la actualidad se ve en el centro de la ingle izquierda y por debajo del ligamento de Poupart, un tumor como un puño, que arranca de la piel á manera de un hongo y cuya superficie está abollonada. Es blando, se desliza bien sobre el plano subyacente, y su porción superior se transparenta como gelatina. Si se comprime se reduce casi á la mitad, pero en cambio aparece por encima de la ingle otro del tamaño de un huevo, también blando, y de configuración tuberosa. Al cesar en la compresión desaparece este tumor, y reaparece el primitivo con su forma y volumen habituales. Igualmente se presenta el tumor superior, pero sin ningún síntoma de hernia al toser ó hacer fuerza. No hay nada de sensibilidad á la presión.

Aunque la aparición eventual de una fístula linfática pudiera ser punto de partida de una inflamación, no es esto motivo bastante para exigir una operación en el momento actual. También se han empleado con éxito la introducción de flechas de magnesio (Payer) y la punción seguida de inyección de glicerina yodofórmica (de Bramann).

Esclerodermia. — El Dr. *Luis Wich* presenta un individuo de treinta y ocho años que, después de haber padecido fiebre nerviosa, una especie de angina diftérica, bronquitis con ronquera, y últimamente gripe con pleuresía, se le inició al año de haber pasado esta última enfermedad, la afección actual con parestesias en las manos, más tarde úlceras en las uñas, y caída de éstas, y á los dos años comenzaron á encorvarse las uñas de los dedos de las manos y á acortarse sus últimas falanges. Posteriormente se inició el mismo proceso en los piés. Varios miembros de la familia padecen de dolores reumáticos, y al parecer también de reumatismo articular; una hermana es epiléptica.

La exploración da á conocer que están acortadas las falanges terminales lo mismo en las manos que en los piés, y el examen radiológico hace ver que están deformados los huesos. La piel está adherida íntimamente á los tejidos subyacentes, borrados sus surcos y hendiduras, y las articulaciones de los dedos aparecen en algunos puntos excoriadas ó ulceradas y de color un poco moreno. Los mismos caracteres presenta la piel en ambas muñecas, donde el proceso ha interesado también los tendones flexores y extensores, en los que aplicando el oído cuando se mueven, se percibe un ruído de crugido ó chasquido. Esta alteración de la piel se continúa, aunque decreciendo, hasta los brazos, pero aun en los hombros se oyen ruídos tendinosos. Algunas de las articulaciones de los dedos y de las muñecas están casi inmóviles, las primeras en flexión; pero también están algo limitados los movimientos de los codos y de los hombros. En las extremidades inferiores, la alteración de la piel llega, también decreciendo, hasta las rodillas. La piel de la cara y del pecho tiene un tinte moreno, la boca no se abre bien, hay cierta sensación de rigidez en las articulaciones de la mandíbulas y los dientes; unos se han caído y otros están cariados. Los ojos están un poco saltones, los párpados cierran bien y el inferior está un poco acortado. La reacción pupilar es normal y hay un poco de bocio. Los pulmones están sanos, y en el corazón no se aprecia ninguna anomalía. Pulso, 80. Al subir ó bajar por un monte, el enfermo siente al poco tiempo tensión y opresión en el pecho, pero sin gran falta de aire. En los órganos abdominales no se ha descubierto ninguna anomalía; sólo un día antes de presentarse, inmediatamente después del viaje, se encontró albúmina en la orina, en la proporción de 0'5 por 1.000 (reactivo Esbach), pero nada de elementos renales, aunque sí glóbulos rojos en la época de la menstruación. La inteligencia no está alterada.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la tuberculosis laríngea con la luz solar.—El Dr. Runwald opina que con el empleo de los rayos solares, que ha aconsejado Sorgo, se puede lograr una completa curación en la mayor parte de las formas de tisis laríngea. Los enfermos aprenden fácilmente la autolaringoscopia. La aplicación de los rayos solares debe efectuarse á primera hora de la mañana ó á última hora de la tarde, ó sea cuando dichos rayos obran con poca intensidad. El tratamiento está contraindicado si hay hinchazón erimatosa en la laringe, por más que cree el autor, que aun en estos casos, se obtendrían buenos resultados anemiando previamente la mucosa laríngea con la adrenalina á fin de excluir la acción de los rayos caloríficos.

En un caso se combinó el tratamiento con la inyección de tuberculina, y parece que esta combinación es más favorable que el empleo aislado de la luz solar.—(*Münchener med. Wochenschirft*).—R. del Valle.

Nueva teoría sobre la acción farmacológica. — La nueva explicación del modo de obrar varios medicamentos sobre los tejidos y las terminaciones nerviosas, tiene una gran analogía con la teoría de la cadena lateral de Ehrlich. El profesor J. N. Langley, al estudiar la acción de la nicotina sobre los nervios y los músculos, ha descubierto efectos especiales que sólo pueden explicarse por la hipótesis de que el medicamento obra, no sobre el nervio, ni sobre la verdadera substancia muscular, sino que afecta á un cuerpo intermedio ó receptor llamado substancia «sinóptica».

Se ha observado que en estado normal, tanto la nicotina como el curare, abolen el efecto de la excitación nerviosa, pero no impiden que se contraiga el músculo cuando se le excita directamente. Además, inyectando después una cantidad conveniente de nicotina, la excitación del nervio produce la contracción muscular. Dedúcese de estos resultados que ni el veneno ni el impulso nervioso obran directamente sobre la substancia muscular, sino sobre alguna otra accesoria. Esta última es un estado normal la receptora de las excitaciones, que transmite á la substancia contráctil. Sólo así puede explicarse el hecho de que, mientras una dosis pequeña de nicotina impide al impulso nervioso llegar al músculo, otra dosis más elevada no produce este efecto.

Cada clase de músculo tiene su substancia receptera específica propia, y es de suponer que ocurra lo mismo con los demás tejidos. Ciertas acciones particulares de los medicamentos sobre tejidos especiales, pueden explicarse fácilmente por esta teoría ingeniosa. Sabemos, por ejemplo, que la adrenalina tiene una acción electiva sobre el músculo liso, en particular sobre el de los vasos, mientras que otros medicamentos obran principal ó exclusivamente sobre el miocardio. Aplicando los términos de la teoría de la cadena lateral de Ehrlich, considera Langley las substancias receptoras como moléculas de la cadena lateral de la substancia contráctil del músculo.

En toda célula deben distinguirse dos componentes. El primero consiste

en substancias encargadas de las funciones principales de las células, como la contracción, la secreción, la formación de productos metabólicos especiales, etc. El segundo lo forman las substancias receptoras, susceptibles en alto grado de modificarse, y que son capaces de hacer obrar á la substancia principal. La nicotina, el curare, la pilocarpina, la estricnina y otros muchos alcaloides, igual que la substancia activa de las secreciones internas, producen sus efectos combinándose con las substancias receptoras, y no obrando sobre las extremidades de los axones cuando éstos existen, ó por acción directa sobre la substancia principal. Los efectos variables de los nervios simpáticos sobre las diferentes formas de músculo estriado, puede atribuirse á una tendencia hereditaria, á la variación química del protoplasma celular, de modo que se forman diferentes substancias receptoras, cuya influencia sobre el impulso nervioso varía.

Esta nueva teoría de la acción de los medicamentos ha sido confirmada por los recientes trabajos experimentales sobre la acción de la adrenalina. T. R. Elliott ha demostrado que el único rasgo característico de la adrenalina es su aptitud para estimular el músculo liso y las células glandulares que están ó han estado en relación funcional con las fibras nerviosas simpáticas. El músculo liso sin relación nerviosa con el simpático es indiferente para la adrenalina. La excitación se produce en el sitio de unión del músculo con la fibra nerviosa, y la substancia irritable en la unión mioneurítica depende de la persistencia de la vida sobre el nucleoplasma de la célula muscular, no de la nerviosa.

La «unión mioneurítica» de Elliott corresponde á la substancia «sinóptica» de Langley. El estudio más completo de las cadenas laterales receptoras del protoplasma, permitirá obtener grandes progresos en Farmacología. Se ha demostrado, por ejemplo, que la acción de los narcóticos depende de su unión con los receptores de las células, los que, saturándose más ó menos, ó aislándolas, las impiden unirse con otras substancias ó responder á la influencia fisiológica por el intermedio de los nervios.

(*Philadelphia Med. Journal*, 24 febrero 1906).—F. Toledo.

La canela en la disentería.— El Dr. Bishop refiere que en casos graves de disentería, en que habían fracasado los demás medios, tales como la ipecacuana y el opio, empleó la corteza de canela, recientemente pulverizada y á la dosis de 3 á 4 gramos, bajo la forma de bolo y en intervalos de seis horas. El éxito fué notabilísimo, puesto que cesaron el tenesmo y la diarrea, se limpió la lengua y se presentó un sueño reparador. En un caso se estuvo dando el medicamento por espacio de cuatro semanas y el enfermo lo tomaba con gusto. Si hay hemorragias intestinales, conviene emplear, además, la adrenalina. El hipo, que es tan frecuente en los casos de disentería, se combate bien con algunas gotas de esencia de menta piperita en azúcar.—(*Brit. med. journal*).—R. del Valle.

ÍNDICE DEL TOMO LXX

Absceso esplénico de origen tífico 365
Accidentes tóxicos debidos al uso prolongado de la fenacetina 47
Acido láctico en las enfermedades del cuero cabelludo (Empleo del).. 23
— úrico en la gota (El)... 405
Acción farmacológica (Nueva teoría de la)..... 486
Adrenalina (Nueva preparación farmacéutica para el empleo de la)..... 22
Afasia histérica de diagnóstico difícil (Un caso de).. .. 447
Afecciones intratorácicas (Contribución al diagnóstico de las)..... 328
Agresinas, anafilasis y sueros antiagresivos..... 421
Agua de mar en inyecciones isotónicas subcutáneas (El). 319
Aguas minerales en la función secretoria del estómago (Influencia de las). 206
— potables (Microorganismos anaerobios de las)..... 418
Aire viciado (Regeneración del)..... 109
Albuminuria intermitente (Paradoja de la)..... 403
Alcanfor (Acción tóxica del). 368
Alcohol como remedio de las neuralgias del 5.° par (Las inyecciones subcutáneas de)..... 25
— y tuberculosis..... 129
Alfombrilla (Dos epidemias de)..... 401
Almejas y fiebre tifoidea (Las). 98
Ambliopía urémica (Dos casos de)..... 193
Amígdala (Chancro de la).... 87
Amígdala (Sobre la diferente manera de conducirse que tienen las partículas minerales y los microorganismos en las criptas de la)..... 178
Amputación osteoplástica de Bier.. 87
Anatomía microscópica de la tuberculosis renal..... 205
Anemia producida por el anquilostoma (Patogenia de la)..... 287
Anestesia general..... 475
Aneurisma de la aorta en una joven de catorce años. 236
— doble de la aorta..... 84
— tratado por la sutura dentro del saco..... 284
Angiotribo electrotérmico de Downes..... 246
Anquilostoma (Patogenia de la anemia producida por el). 287
Anquilostomiasis..... 424
Antisepsia intestinal (Consideraciones acerca de la).... 449
Aorta (Aneurisma doble de la)..... 84
Aparato digestivo (Cuerpos extraños del)..... 278
— inventado por el doctor Larrú..... 270
— presentado por el doctor Larrú (Un nuevo)... 310
Apendectomía en los casos de dolor cecal (Indicaciones de la)..... 242
Apéndice en los niños de pecho (Perforación del)..... 118
Apendicitis (Técnica de las operaciones por)..... 285
— y la bicicleta (La)..... 42
Aristol en la estomatitis ulceromembranosa (El)..... 320
Arterio-esclerosis como enfermedad general..... 442

Arterio-esclerosis (Relaciones entre la enfermedad cardíaca y renal y la)..... 443
Arterio-esclerosos (Epistasis graves de los)..... 176
Asociación quirúrgica y ginecológica de los Estados Norte-americanos del Sur. 244, 282
Atrofia infantil y trastornos gástricos (La)..... 128
Bacilos piocianicos (Sobre los). 419
Bálsamo del Perú en el tratamiento de la sarna (El).... 25
Baños-duchas populares..... 183
Bazo en la secreción de la bilis (Influencia del)..... 316
Belladona en las bronquitis y bronconeumonías infantiles (La)..... 38
Bicicleta y la apendicitis (La). 421
Bilis (Influencia del bazo en la secreción de la)..... 316
Bocio..... 284
— exoftálmico (Complicaciones corneanas en el)..... 338
— (Tratamiento del)..... 24
Botriomicosis..... 115
Bromuro de amonio (Acción del)..... 248
Bronconeumonías infantiles (La belladona en las)..... 28
Bronquiectasia y dextrocardia. 404
Bronquio (Cuerpo extraño de un)..... 439
Bronquitis capilar por medio de las envolturas sinapizadas (Tratamiento de la)..... 407
— infantiles (La belladona en las)..... 38
Cabeza (Cáncer de la)..... 282
Cacodilato de guayacol en inyecciones subcutáneas..... 204
Cálculo cuantitativo del contenido gástrico (Medio de hacer el)..... 324
— intestinal..... 165
Cálculos del conducto cístico. 245
— prepuciales..... 196
— renales (Diagnóstico de los)..... 343
Cáncer de la cabeza y del cuello (Tratamiento quirúrgico del)..... 283
— luposo..... 86
Cáncéres escirrosos (Modificaciones histológicas producidas por la radioterapia en los)..... 440
Canela en la disentería (La).. 487
Carcinoma del colon..... 164
— prostático (Diagnóstico precoz y cura radical del)..... 285
Cartilla antialcohólica..... 425
Catgut (Esterilización del)... 365
— (Nuevo procedimiento de esterilización del). 319
Cinematógrafo y los rayos Rœntgen (El)..... 116
Circulación capilar y presión sanguínea..... 161
Cístico (Cálculos del conducto)..... 245
Cisticerco cerebral..... 112
Citodiagnóstico de los líquidos pleural y cefalorraquídeo... 328
Chancro de la amígdala..... 87
Clorato potásico (Intoxicación por el)..... 118
Cloroformización con los aparatos nuevos..... 317
Cloruro de calcio como medicamento hemostático preventivo (Empleo del)..... 232
— de calcio (Una nueva aplicación del)..... 23
Codo (Luxación del)..... 318
Colargol (Aplicación cutánea del)..... 167
— en la meningitis cerebro-espinal (Empleo del). 236
Colédoco (Obstrucción del) 110, 245
— (Un nuevo signo de la ruptura del)..... 246
Colon (Carcinoma del)..... 165
Compresión del tórax (Efectos de la)..... 482
Compuestos fosforados orgánicos sobre la circulación (Acción de los)..... 80
Condritis costales (Las)..... 289
Conjuntiva (Ulcera tuberculosa de la)..... 115
Contenido gástrico (Medio de hacer el cálculo cuantitativo del)..... 324
Convulsiones de los niños en el curso de la gripe..... 388
Coprolito situado en la ampolla rectal de un niño de once meses..... 140
Corazón del niño (Resistencia del)..... 144, 188
— (El alpinismo y el) ... 280
— (Sobre la percusión levísima del)..... 241

Cordon previo (El dilatador de Bossi en los casos de) 313
Corion epitelioma..... 364
Corrientes de alta frecuencia contra la criestesia en la hipertensión (Las)..... 320
Cretinismo en el perro..... 481
Criptorquidismo (Patología y tratamiento del)..... 88
Crisis epilépticas (Procedimiento sencillo para hacer cesar las)..... 24
Cristal en la curación de las heridas (El)..... 168
Cristalino transparente (Resultados lejanos en la extracción del) 341
Crup morbilloso..... 356
Cuello (Cáncer del)..... 283
Cuero cabelludo (Empleo del ácido láctico en las enfermedades del)..... 23
Cuerpo extraño del esófago (Un caso de). 223, 304
— — de un bronquio.... 439
— — esofágico..... 235
Cuerpos extraños del aparato digestivo 278
— — en el esófago..... 244
Delirio epiléptico..... 186
— transitorio en la neurastenia traumática 126
Dermatología, sifiliografía y enfermedades venéreas (Tratado de) 300
Desagüe en las peritonitis apendiculares 276
— lumbar en la peritonitis de origen apendicular en el niño..... 235
Diabetes (Afecciones del páncreas en el curso de la) 43
— é hipertrofia prostática. 44
Difteria maligna complicada.. 401
Dilatación estomacal aguda post operatoria 77
Dilatador de Bossi en los casos de cordón previo (El) 313
— nasal..... 176
Disentería (Etiología de la) .. 418
— (La canela en la)..... 487
Disoluciones salinas en la neumonía (Influencia de las)... 206
Dispepsia gástrica (Aspectos quirúrgicos de la) 325
Distocias fetales..... 391
Divertículos del intestino (Significación clínica de los).... 48
Dolor de la planta del pié y su tratamiento (El)..... 406
— ileocecal (Indicaciones de la apendectomía en los casos de)..... 242
Ectropión de origen cicatrizal. 78
Edema prepucial mejorado con la tiosinamina..... 484
Embarazo gemelar uterino y abdominal (Un caso de).... 312
Emigración y salud pública .. 396
472
Empiema bilateral..... 402
Endotelioma de la órbita..... 337
Enfermedad cardiovascular con referencia al tratamiento (Observaciones sobre la)..... 445
— de Banti, y tratamiento de ésta con la esplenectomía (Patogenia de la)..... 288
Enfermedades que producen los animales que conviven con el hombre..... 419
Envolturas sinapizadas (Tratamiento de la bronquitis capilar por medio de las)..... 407
Epilepsia genuína (Síntomas similares en la)..... 120
Epistasis graves de los arterioesclerosos..... 176
Epitelioma pavimentoso del hocico de tenca..... 152
Eritromelia..... 115
Escala optométrica..... 222
Escarlatina (El ictiol en la)... 21
— en complicaciones insólitas..... 404
Esclerodermia..... 485
Esófago (Un caso de cuerpo extraño del)..... 223, 304
Espina bífida oculta 279
Esplenectomía (Patogenia de la enfermedad de Banti y tratamiento de ésta con la)..... 288
— (Un caso de)..... 30, 64
Estancación venosa de Bier (Importancia terapéutica del procedimiento de)..... 46
Esterilización del catgut (Nuevo procedimiento de)..... 319
Estómago (Influencia de las aguas minerales en la función secretoria del)..... 206
Estomatitis ulceromembranosa (El aristol en la)..... 320
— — (Tratamiento de la) 209

Estrechez mitral y parálisis del recurrente..... 45
— pelviana..... 82
Estreñimiento habitual (Tratamiento del)..... 238
Evolution de la gastropathologie..... 28
Extirpación total de la laringe..... 240
Fábricas de Krupp y sus instalaciones higiénicas (Las).. 261
Farmacología (Revista de).... 19
Favus (Eflorescencia primitiva del)..... 242
Femur (Quistes del)..... 322
Fenacetina (Accidentes tóxicos debidos al uso prolongado de la)..... 47
Fibroides retroperitoneales aberrantes de origen uterino..... 283
— uterinos en ancianas... 161
Fibromas nasofaríngeos (Sobre utilización de la vía endonasal en la operatoria de los)..... 460
Fibromioma uterino con degeneración sarcomatosa.... 160
Fiebre aftosa..... 345, 387
— apirética..... 207
— histérica..... 348
— recurrente africana.... 440
— tifoidea y las almejas (La)..... 98
Fiebres tifoideas (Breves consideraciones sobre la aparición de una epidemia de)... 169
Fístula faringocutánea..... 439
Fístulas congénitas múltiples. 112
Flemón laterolaringotraqueal..... 114
Fluoroformo en la tos ferina (Algunas observaciones sobre el empleo del)..... 390, 466
Formol concentrado (Curación de los quistes hepáticos por la inyección de algunas gotas de)..... 398
Fosas nasales (Red linfática de las)..... 174
Fractura aislada de la tuberosidad tibial anterior..... 319
— del olécranon..... 439
— del muslo..... 477
Fracturas (Tratamiento de las)..... 117
Funiculiti linphotoxique dans les pays chauds..... 344
Gastro-intestinal (Demostración de la sangre en el contenido)..... 115
Gestación tubaria repetida... 82
Glóbulos rojos del conejo (Acción del suero de los niños sanos ó enfermos sobre los). 402
Gonococo (Infección general con el)..... 368
Gota (La urea y el ácido úrico en la)..... 405, 478
Gripe (Convulsiones de los niños en el curso de la)..... 388
Guayacol (Consideraciones acerca de la antisepsia intestinal y su realización mediante el empleo de los derivados del)..... 449
Hematemesis por ingestión de laminillas de hierro..... 113
Hemianopsia (Un caso de).... 428
Hemiplegia cerebral por la reeducación de los movimientos (Tratamiento de la). 369
Hemorragia post partum..... 207
Hemorragias periódicas en una centenaria..... 355
Herencia (Sobre el mecanismo de la)..... 259
Herida por arma de fuego.... 476
Heridas (El cristal en la curación de las)..... 168
Hernia epiploica intercostal.. 77
— inguinal derecha estrangulada..... 41
Herniotomía..... 46
Hidronefrosis (Patogenia de la)..... 283
— intermitente parcial... 477
Higiene (Revista de). 96, 259, 418
Hipertrofia prostática y diabetes..... 44
Histerectomía abdominal total..... 78
— vaginal (Un caso de)... 268
Histerismo agudo mortal..... 29
Hocico de tenca (Epitelioma pavimentoso del)..... 152
Ictiol en la escarlatina (El)... 21
Ictiosis simple total combinada con manifestaciones penfigoides..... 322
Ileorrectostomía..... 40, 110
Incubadoras (Modo de calentar las)..... 423
Indigestión gástrica (Tratamiento de ciertas fases de la)..... 325
Infecciones de origen intestinal (Tratamiento seroterápico de las)..... 386, 426

Infiltración de orina en un niño de veinte meses..... 150
Interrupción de la circulación como agente terapéutico 167, 238
Intestino (Frecuencia de la tuberculosis primitiva del)..... 84, 116
— (Rotura subcutánea del) 120
— (Significación clínica de los divertículos del).. 48
Intoxicación por el clorato potásico..... 118
Inyecciones de parafina blanda (Consecuencias de las) 115
— mercuriales solubles (De la subcutina en la técnica de las)..... 157
— subcutáneas de alcohol como remedio de las neuralgias del quinto par..... 25
Isoformo..... 26
Laringe (Extirpación total de la)..... 240
Laringología (Revista de).... 172
Larva de díptero desarrollada en el saco conjuntival..... 229
Leche en buenas condiciones para los niños (Obtención de la)..... 422
Leçons de clinique chirurgicale..... 344
Legislación de baños y aguas minerales..... 303
Legrado uterino (Algunas reflexiones sobre el)..... 271
Lepra (Un caso de)..... 279
Lesión cerebral sifilítica..... 307
Lesiones heredosifilíticas múltiples..... 112
— reflejas cardíacas de origen olfatorio..... 262
Leucocitosis en el envenenamiento por los hongos..... 287
Libidine (La moderación de la)..... 28
Linfangioma quístico..... 484
Linfangitis y linfoadenitis tuberculosas..... 241
Lipomatosis y neurofibromatosis..... 165
Lupus (El urano en el tratamiento del)..... 368
— tratado con los rayos Rœntgen y con la franklinización..... 484
Luxación del codo hacia afuera y atrás..... 318
— espontánea de la articulación humerorradial. 363
Luxaciones (Reducción de las). 49
Luz roja (Vacunación bajo la influencia de la)..... 323
— solar (Tratamiento de la tuberculosis laríngea con la)..... 486
Manchas de sangre (Un nuevo procedimiento para el diagnóstico médicolegal de las). 409
Manifestaciones filariósicas (La cirugía de las)..... 344
Maxilar superior (Hiperostosis del)..... 478
Medicamentos (De la administración nocturna de los)..... 203
— tonicocardíacos más usados (Estudio comparativo de las propiedades fisiológicas y terapéuticas de los)..... 5
Médula espinal (Sobre la conducción de la sensibilidad en la)..... 162
Melanosis del ojo derecho... 385
Meningitis cerebro-espinal... 236
— — (Empleo del colargol en la)..... 236
Meningococo y la meningitis cerebro-espinal (El)..... 263
Mesotano y vaselina..... 208
Método de Bier (Tuberculosis del testículo mejorada por el)..... 85
Microorganismos anaerobios de las aguas potables..... 418
Miocardio (Patología y diagnóstico de las inflamaciones y degeneraciones del)..... 445
Mioclonus..... 237
Miopía (Causas de la)..... 423
Mixocondroma braquial de la región submaxilar derecha.. 157
Mola tubaria..... 161
Molluscum contagiosum 87
Mono (Sífilis inoculada en el). 404
Monos (Nuevas investigaciones sobre la tuberculosis cutánea y experimental obtenida en los)..... 241
Mortalidad infantil..... 108
— tuberculosa en Francia y Alemania..... 315, 358, 397, 473
Movimientos (Tratamiento de la hemiplegia cerebral por la reeducación de los)..... 369
Muslo (Fractura del)..... 477
Nariz (Red linfática en la).... 174
Nasofaringe (Contribución al

estudio de los tumores malignos de la)..... 70
Neoplasias malignas (Efectos de la infusión de violetas sobre las)..... 403
Nervios lesionados (Reparación quirúrgica de los)..... 244
Neumonía (Aspectos clínicos de la)..... 327
— (Influencia de las disoluciones salinas de la). 206
— y los ratones (La)..... 448
Neurastenia (Diagnóstico de la)..... 122
— (Fisiología patológica de la)..... 120
— (Tratamiento de la).... 123
Neuronitis motora inferior (Un caso de)..... 89
Obreros (La protección á los).. 263
Obstrucción del colédoco: 110, 245
Oftalmía purulenta como causa de ceguera en Méjico (La)..... 340
Oftalmología (Revista de).... 337
Olécranon (Fractura del) 439
Olfatorio (Lesiones reflejas cardíacas de origen)..... 262
Operación cesárea..... 228
— — seguida de histerectomía abdominal..... .. 34, 69
— de Talma..... 321
— plástica para formar una vagina artificial (Nueva)..... 88
Orbita (Endotelioma de la)... 337
Otitis (Tratamiento de la).... 172
Otología (Revista de)..... 172
Ovariotomía durante el parto). 363
Oxígeno en las enfermedades quirúrgicas infecciosas (Las inyecciones de)..... 164
Paludismo..... 425
Pan blanco, del moreno y del completo (Valor relativo del)..... 265
— y la tuberculosis (El)... 423
Páncreas en el curso de la diabetes (Afecciones del). 43
— (Enfermedades del).... 181
Pancreatitis crónica..... 362, 390
Parálisis cubital y radial..... 278
— facial de origen auricular (Dos casos de). 185
— — (Un caso de)..... 65
Paraplegia por toxihemia urinosa..... 393
Paraplegias espasmódicas (Tratamiento de las)..... 158
Parto (Método de proteger el periné en el)..... 47
— (Ovariotomía durante el)..... 363
Peguina y el régimen lácteo (La)..... 102
Pelagra..... 480
Percusión levísima del corazón (Sobre la)..... 249
Perforación del apéndice en los niños de pecho..... 118
Periné en el parto (Método de proteger el)..... 47
Peritonitis apendiculares (Desagüe en las)..... 276
— tuberculosas (Estudios clínicos de la)..... 352
Perixenitis de la vejiga..... 279
Permeabilidad renal (Algunas consideraciones sobre la)... 329
Pié equino traumático (Un caso de)..... 103
Pielonefritis del embarazo.... 160
Planta del pié (El dolor de la). 408
Plasmoterapia (De la)..... 79
Pleuresía purulenta terminada por vómica..... 395
— y reumatismo muscular. 248
Plomo (Acción abortiva del).. 248
Pólipo adenomatoso del cuello uterino..... 161
Porencefalia traumática..... 86
Proctocele voluminoso (Tratamiento del)..... 282
Profilaxis tuberculosa..... 387
Prolapso rectal..... 284
— — (Resección incruenta del)..... 167
Psicastenia alucinatoria..... 254
Puestos de socorro en campaña (Modificación en el modo de instalar los)..... 261
Queloide desarrollado en una cicatriz de fístula de ano (Caso raro de)..... 469
Queso (El)..... 98
Quistes del fémur..... 322
— hidatídicos hepáticos... 203, 276
— — (Curación de los).. 398
— — pulmonares (Tratamiento de los)... 398
— ováricos (Tejido sarcomatoso en las paredes de los)..... 82
Radial (Sutura tardía del nervio)..... 77
Radio (Aplicaciones médicas del)..... 343
Radiografía del feto en el útero 364

Radioterapia en los cánceres escirrosos (Modificaciones histológicas producidas por la)..... 440
Requiesto-vaginismo..... 315
Ratones y la neumonía (Los).. 448
Rayos Röntgen (Condiciones legales del empleo médico de los)..... 199, 275
— — (El cinematógrafo y los)..... 116
— X (Tratamiento del bocio por los)..... 24
Red linfática de la nariz y de las fosas nasales..... 174
Régimen lácteo y la pegnina (El)..... 102
Regulación termica en la primera infancia (Medio muy sencillo para conseguir la).. 168
Resección incruenta del prolapso rectal..... 157
Retina (Un caso de desprendimiento de la)..... 459
Reumatismo articular crónico en un niño..... 404
— muscular y pleuresía... 248
— tuberculoso poliarticular..... 448
Revista de Farmacología..... 19
— de Higiene.... 96, 259, 418
— de Laringología..... 172
— de Oftalmología..... 337
— de Otología..... 172
— de Rinología..... 172
— de Terapéutica..... 19
Rinología (Revista de)..... 172
Riñón quístico congénito..... 86
Rotura subcutánea del intestino..... 120
Ruptura del colédoco (Un nuevo signo de la)..... 246
Saco conjuntival (Larva de díptero desarrollada en el).. 229
Sal común (El papel de la)... 96
Salicilato de hierro (Usos del) 126
Sangre en el contenido gastrointestinal (Demostración de la)..... 115
Sarcoma inoperable (Resultados lejanos del tratamiento del)..... 286
Sarna (El bálsamo del Perú en el tratamiento de la). 25
— (Tratamiento de la).... 127
Seno lateral y su significación en la cirugía otológica (Posición del)..... 104
Sífilis de las vías aéreas superiores (Sobre algunas manifestaciones poco frecuentes de la 179
Sífilis mamaria en el mono.. 404
Simpaticectomía en el tic convulsivo facial..... 40
Sistema linfático (Afecciones de todo el 120
Solución de yodo en el cloroformo..... 158
Subcarbonato de hierro (Tratamiento de las úlceras atónicas por el 408
Subcutina en la técnica de las inyecciones mercuriales solubles (De la)..... 157
Suero antituberculoso (Resultados clínicos del)... 70
— de los niños sanos ó enfermos sobre los glóbulos rojos del conejo (Acción del)..... 402
— antitetánico seco (Tétanos sobreagudo consecutivo al uso profiláctico del)..... 400
Sugestión durante el sueño natural (La)..... 57
Sutura tardía del nervio radial..... 77
Suturas nerviosas..... 317
Tarsectomía por pié zambo... 234
Técnica anatomopatológica (Lecciones de)..... 182
Terapéutica (Revista de)..... 19
Testículo retenido y con pedículo retorcido..... 323
— (Tuberculosis del)..... 85
Tétanos curado (Caso de).... 86
— sobreagudo consecutivo al uso profiláctico del suero antitetánico seco..... 400
Tic convulsivo facial (Simpaticectomía en el)..... 40
Tifus exantemático (Investigaciones sobre el)..... 433
Tiosinamina (Edema prepucial mejorado con la)..... 484
Tos ferina (Algunas observaciones sobre el empleo del fluoroformo en la). 390
466
— laríngea (Tratamiento de la)..... 486
Tórax (Defectos congénitos en la pared del)..... 242
Toxihemia urinosa (Paraplegia por)..... 393
Toxinas mixtas de estreptoco-

co y del bacilo prodigioso (Resultados lejanos del tratamiento del sarcoma inoperable con las)..... 286
Tuberculina (Tratamiento de la tuberculosis por la). 42
Tuberculosis cutánea..... 119
— — y experimental obtenida en los monos (Nuevas investigaciones sobre la)..... 241
— de los vértices pulmonares (Patogenia de la). 365
— del testículo mejorada por el método de Bier. 85
— primitiva del intestino en Berlín (Frecuencia de la)..... 84
— (Profilaxis de la).. 266, 347
— pulmonar tratada por las inyecciones de Phosoto combinadas con la tuberculina de Marechal..... 230
— renal (Anatomía microscópica de la)..... 205
— (Tratamiento de la).... 42
— y el pan (La)..... 422
Tubérculos cuadrigéminos (Hemorragia en los)..... 480
Tumor de la región submaxilar..... 200
Tumores malignos de la nasofaringe (Contribución al estudio de los)..... 70
— renales (Morfología de los)..... 206
Ulcera tuberculosa de la conjuntiva..... 115
Ulceras atónicas (Tratamiento de las)..... 408
— gástricas perforadas (Intervención quirúrgica en las)..... 233
Urano en el tratamiento del lupus (El)..... 368
Urea en la gota (La)..... 406
Utero (Fijación ventral del).. 81
Vacunación bajo la influencia de la luz roja..... 323
Vademecum terapéutico..... 27
Vagina artificial (Nueva operación plástica para formar una)..... 88
Vejiga (Perixenitis de la).... 279
Vértices pulmonares (Patogenia de la tuberculosis de los)..... 365
Vía endonasal en la operatoria de los fibromas nasofaríngeos (Sobre utilización de la)... 460
Vías biliares..... 233
— — (Cirugía de las).... 361
438
— — principales (Desagüe de las)..... 154
— — (Sobre ciertas particularidades de las)..... 201
Viferrol (El).... 19
Violetas sobre las neoplasias malignas (Efectos de la infusión de)..... 403
Vómica por dilatación bronquial..... 41
Yecorina..... 166
Yódicos sobre la circulación (Acción de los)..... 109
Yodomaizina (De la)..... 158

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Baltar Cortés (D. Angel), Médico de número del Hospital Provincial de Santiago.
Codina Castellví (D. José), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Courel (D. Luciano), Médico-Director, por oposición, de baños y aguas minerales.
Espina y Capo (D. Antonio), Médico de número, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Esquerdo (D. Alvaro), Médico del Hospital de Santa Cruz de Barcelona.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital y Hospicio Provincial de Madrid.
Gayarre (D. Miguel), Doctor en Medicina. Madrid.
Gil y Casares (D. Miguel), Catedrático de Clínica médica en la Facultad de Medicina de Santiago.
Gota (D. Antonio), Exmédico de la Beneficencia Provincial de Zaragoza.
Hauser (D. Ph), Doctor en Medicina. Madrid.
Juarros (D. César), Médico segundo de Sanidad Militar.
Lecha-Marzo (D. Antonio), Alumno de la Facultad de Valladolid.
Lorente (D. Eugenio), Médico de Castronuevo de Esgueva (Valladolid).
Martín Arquellada (D. Aurelio), Médico del Hospital del Niño Jesús. Madrid.
Morales Pérez (D. Antonio), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Ots y Esquerdo (D. Vicente), Neurólogo y mentalista. Madrid.
Pérez Noguera (D. Emilio), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Pérez Ortíz (D. Jerónimo), Médico del Cuerpo de Sanidad militar.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Director de la Consulta otorinolaringológica del Hospital de la Princesa. Madrid.
Sarabia (D. Jesús), Profesor del Instituto Rubio. Madrid.
Toledo (D. Federico), Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.
Valle (D. Rafael del), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Vázquez Lefort (D. Manuel), Médico numerario, por oposición, de la Beneficencia municipal de Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Neuronitis motora inferior (tres grabados) páginas 92, 93
Cristales de hemocromógeno y de yodohematina 411

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PABELLÓN MÉDICO (1860)—ANFITEATRO ANATÓMICO ESPAÑOL (1873)

ANALES DE OBSTETRICIA, GINECOPATÍA Y PEDIATRÍA (1880)

DIRECTOR-PROPIETARIO-FUNDADOR

D. RAFAEL ULECIA Y CARDONA

TOMO LXXI

MADRID
IMPRENTA Y LIBRERÍA DE NICOLÁS MOYA
Garcilaso, 6 y Carretas, 8.

1906

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

TRATAMIENTO DE LAS TUBERCULOSIS LOCALES

POR LAS

AGUAS MINERALES DE MEDINA DEL CAMPO

POR

D. JOSÉ MORALES Y MORENO

Doctor en Medicina y Cirugía (Valladolid).

Pacífica y gloriosa ha sido la revolución verificada durante estos últimos años en los campos fecundos de la medicina. Habiendo hecho su presentación enfermedades que no eran conocidas, han desaparecido muchas de las antiguas filas nosológicas, y otras que constituían inmenso proteo patológico, asentado al parecer sobre bases sólidas, cual ocurre con el escrofulismo, que ha sido despojado de la mayoría de sus espeluznantes procesos morbosos, para formar parte de las llamadas *tuberculosis locales*.

Estas van á ser tratadas aquí, con todo el laconismo á que obliga un artículo periodístico y la paciencia de los compañeros que la tengan para leernos, y en obsequio de los cuales, por respeto á su mayor competencia, prescindiremos, por sabidas, la patogenia, etiología, anatomía patológica y sintomatología de las *tuberculosis locales*, para hacer resaltar su tratamiento por las aguas minerales del balneario de Medina del Campo, esa envidiable joya medicinal de nuestra patria, que tan bizarras curaciones está dando tanto en esa como en otras enfermedades que allí se tratan, sin necesidad de dispendiosos viajes á extranjeros baños, como son sús similares los de Salies de Bearne y Briscons, en Francia, ¡y los de Kreuznach y Nauheim, en Alemania.

Cabiéndonos la satisfacción de haber contribuído, en los cinco años que llevamos al frente de su dirección, de que se hayan popu-

larizado y dado á conocer entre nuestra ilustrada clase médica, que nos ha hecho la confianza de encomendarnos en absoluto numerosa y escogida clientela, y á favor de la cual se encamina este y otros artículos publicados en años anteriores, y algunos más que de precisión han de seguirles.

Después del inmortal descubrimiento de Roberto Koch el año 1882, presentido ya por Lebert, y especialmente por Villemin, como se justifica por sus experimentos de 1865, el estudio de la tuberculosis sufre transformación completa, viniendo verdadera poda en la escrofulosis con los trabajos experimentales y de laboratorio de los hombres de ciencia, empezando á suponerse desde Friedlander y Koster que el *lupus* era tuberculoso, cuyo hecho quedó comprobado por Cornil, Leloir, Koch, Demmé, Pleiffer y Doutrelepont.

Los trabajos histológicos de Brissaud, Josías y Lannelongue evidenciaron que los *abscesos fríos subcutáneos* eran tuberculosos; comprobando Malassez, Schlegtendal, Boully y Krause la existencia del bacilo. Y Kienner y Charvot demostraron que los *abscesos fríos supraperiósticos* eran tuberculosos.

Las *adenitis estrumosas*, independientes de causas traumáticas é irritativas, se demostró que eran tuberculosas por los cultivos é inoculaciones de Koch, Cornil, Babes, Colas y Scheller.

Los trabajos anatomopatológicos de Koster, Volkmann, Brissaud y Chandelux dejaron fuera de toda duda que los *tumores blancos*, y entre ellos, como es consiguiente, las *coxalgias*, eran de naturaleza tuberculosa, cuyo hecho quedó comprobado por la presencia del bacilo de Koch, y las inoculaciones experimentales de Hüter, Schuchar, Konig, Castro-Sofia, Lannelongue y Kienner.

La *carie de los huesos*, y entre ellas el llamado *mal de Pott*, fué estudiada como tuberculosa primeramente por Kiener y Poulet, comprobando después Schuchar y Krause el bacilo de Koch, y resolviendo de plano la cuestión las inoculaciones en animales hechas por Volkmann, Castro-Sofia y Lannelongue.

Los notables trabajos de Dufour, Reclus y Cornil fijaron la patogenia de las *orquitis* tuberculosas, á pesar de lo difícil que es encontrar el bacilo en los órganos genito-urinarios del hombre.

Y finalmente, la tuberculosis de la *mama* ha sido demostrada por Dubar, Poirier y Le Dentu.

Algunas más enfermedades de la piel y de las mucosas podríamos agregar á las ya expuestas tuberculosis locales; pero por hallarse en tela de juicio algunas de ellas con el escrofulismo, hacemos omi-

sión, porque basta y sobra con las expuestas para demostrar el tratamiento ventajoso por las aguas de Medina del Campo, bajo cuya acción terapéutica caen de lleno todas las que comprende la escrófula y su heraldo el linfatismo.

Del beneficioso resultado que se obtiene con la constancia de algunas temporadas é inmediato alivio desde la primera, son testimonio irrecusable bastantes médicos de la corte y de provincias, y damos fe, por nuestra posición al frente del balneario, de muchos enfermos que, por brevedad sus nombres é historias clínicas omitimos, curados hoy con estas aguas, y que, á no ser por ellas, hubieran caído bajo el cuchillete del cirujano ó, lo que es peor, rendido tributo á la muerte.

Como tratamiento acostumbramos emplear, con la balneación é hidroterapia, el agua al interior en bebida á la dosis, según los casos, de conveniencia y de tolerancia adecuadas á la edad y condiciones del enfermo, como asimismo nos sirven de regulador con la temperatura y duración del baño y su mezcla con las *aguas madres*, que, según la densidad areométrica de su elaboración, llegan á tener 175 gramos de sales por litro de agua, 3'279 gramos de bromo y 93 por 100 de cloruro de sodio en 100 partes de sales contenidas en las aguas madres, conteniendo ya el agua mineral en su nacimiento la enorme cifra de 56 gramos de cloruro de sodio por litro de agua.

Demasiado sabido tiene la ilustrada clase médica, y carece de objeto el recordarlo, que la indicación bien puntualizada á que alcanzan las aguas minerales de Medina del Campo en las tuberculosis locales, es en aquellas que, localizadas desde un principio, tienen origen traumático y sus bacilos no han emigrado al tejido pulmonar. Y en aquellas tuberculosis que, hecha invasión por estos órganos, se han adormecido en ellos, se han corrido y emigrado á otras regiones, tomando allí la forma localizada por causas especiales. Dando también en este caso resultados excelentes por la modificación de terreno y tono general que producen, siempre que no hayan pasado del que se conoce por primer período, y por lo tanto, sean infebriles.

La manera especial que tienen de obrar estas aguas es tonificando y devolviendo vitalidad al organismo, por lo que su mejor indicación es en aquellos que por todas partes se les ve y todo el mundo los conoce, sin necesidad de ser médico, como candidatos á la tuberculosis, cuyo contingente le suministra con igualdad aterradora, lo mismo el palacio del opulento con su fortuna y ociosidad, que la

cabaña del pobre con su vida esmaltada de privaciones consagrada al trabajo.

Tomada el agua mineral al interiór, no es tardo el apreciar aumento de apetito por el aumento de los cloruros del jugo gástrico del estómago, en el que se excita su actividad. Verificándose su pase, por absorción, al torrente circulatorio, donde se oponen á la destrucción del glóbulo rojo, que aumenta con su presencia y la riqueza de la oxihemoglobina, según los modernos trabajos de Aroustein, Falck, Grandeau, Kemmerich, Foster y Lomikowsky. Siendo vector del oxígeno en la sangre, le transporta á los tejidos para su plasticidad.

Obrando, además de todo esto, el cloruro de sodio como disolvente de la fibrina coagulada, como eminente digestivo y de enérgica actividad nutritiva, con lo que tanto gana la anemia que precede y acompaña á todo tuberculoso, y por el tono general que se da al organismo facilitando la absorción de los fosfatos y dificultando su eliminación, importante hecho sentado por Zabelinc y Dogosvt.

Y teniendo en cuenta la cantidad de bromo que tienen estas aguas, éste se suma á las acciones anteriores, aumentando el apetito, hace más lentas la respiración y circulación, descendiendo la temperatura. Considerándole Trouseau y Pidoux sedante del sistema nervioso y resolutivo ; Andral como favorecedor de la absorción intersticial de los tejidos, actuando sobre la sensibilidad de las articulaciones enfermas. Doctrina que apoyan Bocquillon-Limousin y Huchar.

Además, acostumbramos mandarles por las tardes, en las horas que el sol declina, á que respiren la atmósfera marina que se produce en las inmediaciones de las balsas, donde por evaporación se elaboran las *aguas madres*, y en donde no hay que temer los perniciosos efectos que producen en las playas del mar las traidoras y agradables corrientes de la brisa.

Usadas en baño, con temperatura y densidades apropiadas, producen inmediata congestión cutánea, con estímulo de las glándulas sudoríparas, y penetrando las moléculas salinas *por lo menos* hasta el corion, obran directamente sobre las extremidades nerviosas, y según estúdios de Elevy, Roherig, Hamburgo, Guttman, Chrzovzewske y Wittich, producen excitación vasomotriz, que se transmite á las mayores profundidades orgánicas, operándose alteraciones en los glóbulos rojos y blancos de la sangre, y en las actividades

nutritivas é intersticiales, que repercuten dando tono en los individuos que escoge como nido la tuberculosis.

Sumándose á la acción terapéutica de las aguas, el clima seco y tonificante, siempre diáfano y sin nubes, que entre balsámicos y frondosos pinares, á 732 metros sobre el nivel del mar, ocupa el balneario de Medina del Campo, en la meseta castellana, al que ya por las circunstancias que le acompañan, el Real Consejo de Sanidad, en el expediente oficial, le calificó de « Verdadero Sanatorio para la escrófula ».

REVISTA DE TERAPÉUTICA Y FARMACOLOGÍA

POR EL

DR. D. EMILIO PÉREZ NOGUERA

Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.

SUMARIO: I. El formiato de quinina. — II. Tratamiento del coriza por el salicilato de sosa y los polvos de Dower. — III. Un buen colutorio dentífrico. — IV. El algodón como remedio muy activo para facilitar la expulsión de los cuerpos extraños. — V. Empleo de la esencia de trementina en las metrorragias. — VI. El salicilato de hierro contra las amigdalitis y la erisipela. — VII. Un nuevo tratamiento de la disentería. — VIII. La envoltura sinápica en los niños. — IX. El hipol.

I. **El formiate de quinina.**—Es ésta una nueva sal orgánica de dicho alcaloide que puede obtenerse bajo forma neutra ó básica y que ha sido presentada á la Sociedad de Terapéutica de París por H. Lacroix.

El formiato neutro está formado por dos moléculas de ácido y una de base, presentándose bajo forma de largas agujas blancas, brillantes, fácilmente solubles en el agua, fusibles á 95° y que contienen 77'88 por 100 de quinina.

El formiato básico $C^{20}H^{24}N^2O^2CO^2H^2$ se constituye con moléculas iguales de quinina y de ácido; cristaliza en hermosas agujas blancas, brillantes, reunidas en forma de copos sedosos; posee un sabor amargo mucho menos marcado que el del sulfato de quinina; es muy estable, de reacción neutra y se disuelve por completo en 19 partes de agua fría. También se disuelve con facilidad en el alcohol y en el cloroformo, pero es casi insoluble en el éter. Funde á los 132°, desvia á la izquierda el plano de polarización; sus soluciones

acuosas carecen de fluorescencia y contienen 87'56 por 100 de alcaloide.

Resulta de lo expuesto, que el antedicho formiato básico es la sal de quinina más rica en alcaloide de cuantas hasta ahora se han utilizado con fin terapéutico; que es bastante soluble en agua fría, si bien mucho menos que el clorhidrato neutro y que el clorhidrosulfato; que su sabor amargo es menos acentuado que el de las otras combinaciones salinas más generalmente usadas en la práctica; que la introducción de su solución acuosa debajo de la piel no va acompañada de dolor por tratarse de un compuesto débilmente irritante y que no se descompone bajo la influencia del aire ni de la luz, ni siquiera al ponerse en contacto con los tejidos vivos, como parece ocurrir con el clorhidrato neutro.

Lacroix considera, pues, el formiato básico de quinina, como la sal más apropiada para el tratamiento de todas las enfermedades que reclaman el empleo de este último medicamento, y sobre todo, cuando la administración del mismo debe efectuarse por vía hipodérmica.

Con ella se evitan los flemones consecutivos al empleo del clorhidrato, pues una vez debajo de la piel, la referida sal se desdobla en clorhidrato básico y ácido clorhídrico libre, en proporción de 17 centígramos de ácido oficinal por cada 50 del clorhidrato quínico neutro. Cierto que la solubilidad del formiato básico es mucho menor (1 por 19); pero en cambio, no produce nunca accidentes locales de carácter inflamatorio, como los que con tanta frecuencia determinan otras sales formadas con ácidos inorgánicos. Además, dicha solubilidad puede aumentarse en más de un doble (1 por 8) con sólo calentar hasta 32° C., el agua empleada para hacer la solución.

II. **Tratamiento del coriza por el salicilato de sosa y los polvos de Dower.** — El Dr. Weitlaner asegura haber obtenido los mejores resultados en el tratamiento del coriza, así como en el de otras muchas inflamaciones catarrales de las vías respiratorias (laringitis, traqueitis, bronquitis, etc.), haciendo uso de la siguiente fórmula, de la cual se toman siete ú ocho papeles diarios, diluídos, cada uno de ellos, en la cuarta parte de un vaso de agua:

Salicilato de sosa.....	80 gramos.
Polvos de Dower.....	8 grs. 60 centigrs.
Esencia de menta piperita.....	1 gota.

Mézclese y divídase en 20 papeles.

Una hora después de haber absorbido la primera toma comienza

á manifestarse la mejoría, revelándose el alivio por disminución del dolor de cabeza y desaparición casi absoluta de los síntomas más característicos del catarro nasal; pero como la acción del medicamento es siempre transitoria, conviene seguir administrando un papel cada tres horas, por lo menos, durante el período más agudo de la enfermedad. Más tarde, son suficientes dos ó tres tomas por día.

El autor añade que la fórmula antes indicada puede servir también como medio profiláctico para evitar la aparición de los catarros bronquiales, en las personas predispuestas á esta clase de trastornos.

A nosotros nos parecen algo exageradas las dosis prescritas por Weitlaner, y por nuestra parte, no vacilaríamos en modificar la fórmula que recomienda dicho Profesor, dejándola reducida á las cantidades siguientes:

Salicilato de sosa	10 gramos.
Polvos de Dower	1 —
Esencia de menta	I gota.

Mézclese y divídase en 20 papeles.

III. **Un buen colutorio dentífrico.**

Timol	50 centígramos.
Borato de sosa	5 gramos.
Acido fénico	2 —
Formol	1 —
Agua de rosas	200 —
Alcohol de menta	15 —
Agua hervida	800 —

Si esta solución resultase demasiado fuerte, puede diluirse en agua hasta colocarla en una concentración agradable.

IV. **El algodón como remedio muy activo para facilitar la expulsión de los cuerpos extraños.** — Sabido es con cuanta frecuencia se tragan los niños agujas, alfileres, plumas de acero y cuerpos metálicos de parecida naturaleza, que si bien son expulsados, por regla general, sin lesionar los intestinos, no dejan de producir algunas veces trastornos de importancia.

Los medios aconsejados hasta hoy para aislar los referidos cuerpos evitando que lesionen la mucosa intestinal, tienen realmente muy escaso valor, por tratarse de materias digestibles, tales como el mucílago de goma, la patata cocida, el engrudo de almidón, la miga de pan, etc., etc., pero hace pocos meses que el Dr. Blair Bell ha dado á conocer un nuevo remedio para esta clase de accidentes

que nos parece desprovisto de todos los defectos antes indicados. Dicho remedio se reduce á la administración, por vía gástrica, de pequeñas torundas de algodón hidrófilo envueltas en sellos, en leche ó en dulce, dando algunas horas después un purgante oleoso. El cuerpo extraño, completamente rodeado por el algodón, no tarda en eliminarse con las heces fecales.

La primera vez que el citado colega hizo uso de tan sencillo procedimiento, fué tratándose de un niño de dieciocho meses que se había tragado un broche de oro; administrando en seguida un puñado de algodón hidrófilo dividido en varias fracciones previamente envueltas en jalea de frutas y haciéndole tomar algunas horas más tarde un purgante de aceite de ricino, se obtuvo la expulsión del cuerpo extraño sin lesión alguna consecutiva del canal intestinal.

El mismo procedimiento empleó en otro muchacho de cuatro años que se había tragado un botón de cobre muy voluminoso: á las pocas horas fué expulsado envuelto en el algodón y sin que sobreviniese ningún trastorno por parte del aparato digestivo.

A juicio del autor, el algodón introducido en el estómago no sólo envuelve al cuerpo extraño, sino que da lugar á una aglomeración de heces fecales alrededor de él, que viene á aislarlo más todavía, haciéndolo completamente inofensivo.

Por su gran sencillez é inocuidad en todos los casos, es éste un remedio que merece ensayarse.

V. **Empleo de la esencia de trementina en las metrerragias.** — A pesar de que las propiedades hemostáticas de la esencia de trementina se encuentran demostradas desde hace mucho tiempo y fueron plenamente confirmadas por Birloth el año 1883, sus aplicaciones en la práctica médica se han ido descuidando poco á poco, sin causa ni motivos bien fundados que tan inexplicable abandono justifiquen, hasta llegar en nuestros días á un olvido casi absoluto.

Tanto es así, que el efecto especial de que se trata hubiera llegado á ser totalmente desconocido para la inmensa mayoría de los prácticos si un médico ruso, el Dr. Lienevitch (de Astrakan), no hubiera llamado recientemente la atención de sus colegas sobre los notables resultados que pueden obtenerse con la referida droga en el tratamiento de las grandes hemorragias de la matriz. He aquí el procedimiento que dicho Profesor viene empleando desde hace cinco ó seis años cuando se encuentra en presencia de uno de estos casos. Después de descubrir el cuello uterino por medio de dos valvas cur-

vas, lo fija con el auxilio de unas pinzas sacabalas; introduce en la cavidad cervical un tapón de algodón empapado en glicerina fenicada al 5 por 100 y procede, en caso necesario, á la dilatación extemporánea del cuello. Cuando ya ha conseguido obtener una abertura suficiente, introduce en la matriz una mecha de gasa yodofórmica todo lo larga que sea preciso para llenar por completo la cavidad del útero y previamente mojada en aceite volátil de trementina. La extremidad de esta mecha queda en la vagina para poder retirarla cuando se crea oportuno; se limpia con el mayor cuidado posible el exceso de esencia que se haya vertido en el conducto vaginal, se coloca una torunda de algodón de medianas dimensiones y se ordena á la enferma el más absoluto reposo durante tres á seis horas.

Por regla general, comienzan á manifestarse al cabo de este tiempo fuertes dolores uterinos en forma de cólicos; entonces se retira el apósito antes descrito, encontrándose definitivamente cohibida la hemorragia en la inmensa mayoría de los casos.

M. Lienevitch no ha tenido que lamentar nunca el menor síntoma de intoxicación ni ningún otro fenómeno desagradable. La tolerancia fué perfecta en todas las enfermas, y el procedimiento se mostró particularmente eficaz en las metrorragias de la menopausia, en las ligadas á la existencia de fibromas intersticiales y hasta en los derrames sanguíneos de origen inflamatorio, siempre que pudiera efectuarse la oclusión sin necesidad de bajar ni dilatar el cuello. El autor no se ha atrevido á experimentar su procedimiento en las hemorragias *post partum* por temor á una embolia gaseosa.

VI. **El salicilato de hierro contra las amigdalitis y la erisipela.**—La asociación del salicilato de sosa con el percloruro de hierro en la misma fórmula da origen á un precipitado de salicilato de hierro que se redisuelve fácilmente en el mismo líquido de la prescripción con sólo añadir pequeñas cantidades de clorato potásico.

Este salicilato doble de sosa y de hierro, que no se había empleado nunca en terapéutica, y cuya formación se consideraba como un grave defecto de la receta correspondiente, por no haber tenido en cuenta tan conocida incompatibilidad, ha sido utilizado por Gray (de Edimburgo) como medicamento antiséptico y astringente capaz de proporcionar considerables beneficios en gran número de infecciones de la piel y mucosas, sobre todo en la erisipela y en la amigdalitis.

Dicho Profesor administra contra el primero de los citados pade-

cimientos dos cucharadas grandes cada tres ó cuatro horas de una mixtura que contiene:

Salicilato de sosa	4	**gramos.**
Agua destilada	60	—

Disuélvase y añádase:

Percloruro de hierro líquido	8	**gramos.**
Clorato de potasa	2	—
Glicerina	15	—
Agua, c. s. para	90	—

Agítese y añádase:

Agua, c. s. hasta formar	250	**gramos.**

Cuatro años hace que viene empleando el Dr. Gray la antedicha medicación y desde entonces sólo ha obtenido los más brillantes éxitos, pues en casi todos los casos el dolor desapareció á partir de la segunda ó de la tercera toma de la poción de salicilato de hierro, y tanto la fiebre, como la cefalalgia y el malestar general, desaparecieron á las ocho horas.

Contra la amigdalitis, los efectos del salicilato doble que venimos estudiando son todavía más constantes y acentuados que en la erisipela, lo mismo cuando se trata de simples anginas catarrales, que cuando tenemos que combatir faringitis reumáticas ó escarlatinosas. Entre los 250 enfermos de dicha dolencia tratados por el autor con la misma fórmula antes indicada, prescrita también en dosis de dos cucharadas grandes cada tres ó cuatro horas, sólo una vez se han necesitado más de dos días para conseguir la curación, y en cuanto á la disminución de los síntomas, comienza á apreciarse desde la segunda ó tercera toma. Los dolores desaparecen con sorprendente rapidez, remite la fiebre, se disipa la disfagia y el enfermo disfruta un profundo y tranquilo sueño, del cual se despierta casi curado.

Cuando se trata de amigdalitis agudas, nuestro colega emplea á la vez el tratamiento tópico que ordinariamente se aconseja en tales casos, y que por regla general consiste en gargarismos astringentes ó antisépticos y embrocaciones con tintura de yodo sobre la piel del cuello.

VII. **Un nuevo tratamiento de la disentería.** — El Dr. Minerbi ha recomendado contra dicha afección el empleo de enemas y supositorios de naftalina, que según los resultados de su práctica deben considerarse como muy superiores á los demás antisépticos empleados localmente, incluso á los enemas de agua sublimada propuestos por

Semoine. Según el primero de dichos autores, la naftalina que, siendo fuertemente antiséptica es poco tóxica, tiene además la ventaja de no producir estreñimiento y no está contraindicada más que en aquellos casos, bastante raros en verdad, en que las ulceraciones se encuentran en el intestino delgado.

Los supositorios compuestos de partes iguales de naftalina y manteca de cacao (10 gramos de cada cosa), no pueden obrar más que sobre la parte inferior del intestino recto, y como las ulceraciones disentéricas suelen encontrarse más arriba, el autor prefiere prescribir unos enemas conteniendo 5 gramos de naftalina por 20 de aceite de olivas.

Al principio de la enfermedad estos enemas sólo deben retenerse durante media hora, pues el tenesmo es grande, repitiéndolas tres ó cuatro veces al día; pero más tarde se recomendará la retención del líquido durante cinco ó seis horas.

Minerbi ha sometido hasta ahora 23 casos de disentería grave al indicado tratamiento, consiguiendo la completa curación de todos ellos en menos de dos semanas.

VIII. **La envoltura sinápica en los niños.** — Hace algunos años que se viene recomendando este nuevo procedimiento de revulsión general, capaz de producir resultados verdaderamente maravillosos en gran número de enfermedades de los niños, pero sobre todo, en las neumonías, bronconeumonías y bronquitis capilares. Los autores que lo han ensayado aseguran haber obtenido verdaderas resurrecciones, no habiendo, á su juicio, límite de comparación posible entre el efecto terapéutico de estas envolturas y el de los sinapismos ordinarios.

Para llevar á cabo la aplicación se diluye una libra de polvo de mostaza en un litro de agua á 40°; se sumerge en el líquido un trozo de lienzo de anchura y longitud proporcionadas á la talla del niño, y cuando ya está bien empapado se rodea con ella el cuerpo del enfermo, cubriéndolo después con una manta de lana. A los diez minutos próximamente se desenvuelve el trozo de tela y se introduce el enfermito en un baño de agua tibia, ó se frota, en su defecto, la piel, con una esponja empapada en dicho líquido.

La acción local del revulsivo se traduce tan sólo por enrojecimiento medianamente acentuado de la epidermis y con objeto de prolongar durante cierto tiempo la hiperemia cutánea, se aconseja envolver al niño después del baño, en una manta fuerte de manera que la superficie áspera y vellosa de la misma esté en contacto directo con la piel. Media á dos horas más tarde, según la intensidad

del efecto producido, se separa esta última cubierta y se vuelve el pequeño enfermo á su cama.

Las aplicaciones pueden repetirse tantas veces cuanto se crea necesario con diez á doce horas de intervalo.

IX. **El hipol.** — Conocido también con la denominación de ácido metilenohipúrico, es una combinación de formaldehido y ácido hipúrico descubierto por Nicolaïer (de Berlín), que responde á la fórmula química $C^6H^5CO—N—(CH^2)^2—COO$ y que se presenta bajo forma de cristales prismáticos incoloros, inodoros, insípidos, fusibles á 151° C., poco solubles en agua fría (1 por 460), pero mucho en el alcohol, ácido acético y cloroformo.

El hipol carece de acción tópica irritante y es poco tóxico, pues un perro de mediana talla ha soportado sin trastorno alguno 6 gramos diarios durante dos días y 8 también diarios durante tres, ó sea un total de 35 gramos en cinco días, y el propio Nicolaïer ha tolerado perfectamente hasta 9 gramos en veinticuatro horas. A pesar de lo elevado de la dosis, nunca se presentaron trastornos digestivos, fenómenos de irritación gastro-intestinal, ni desórdenes nerviosos, respiratorios ó cardíacos, que con razón pudieran atribuirse á los efectos tóxicos del ácido metilenohipúrico.

Una vez absorbido y mezclado con la sangre, el compuesto medicinal que ahora estudiamos se elimina casi en totalidad por los riñones, esterilizando primero la excreción urinaria y transmitiéndola, más tarde, propiedades antisépticas bastante acentuadas, pues según se deduce de los experimentos del autor, las orinas que se recogen después de haber administrado la citada droga, tienen la propiedad de destruir completamente los bacilos tíficos, el bacterium coli y el proteus vulgaris á las seis horas de contacto. En cambio, no parece desenvolver una acción bactericida bien manifiesta sobre los estafilococos piógenos. Nicolaïer ha hecho uso de este nuevo remedio en varios casos de cistitis blenorrágica ó prostática que habían resistido á los demás antisépticos de la orina conocidos hasta ahora, obteniendo en la inmensa mayoría de los enfermos resultados muy satisfactorios.

Como dosis eficaz, recomienda la de gramo y medio cuatro veces al día, y en cuanto á las formas de administración, cree preferibles la de cápsulas, sellos ó pastillas comprimidas, ya que se trata de un producto farmacológico cuyo sabor resulta bastante desagradable.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Generación y crianza, por el Dr. D. Luis Comenge. Barcelona.
II. Dermatosis vaccinales ó erupciones indirectas, por el Dr. D. Arturo Balaguer y Mayo. Madrid, 1906.

I

No es preciso repetir lo que se siente en el ánimo de cuantos leen las notables obras que ha publicado hasta la fecha el Dr. Comenge. Es tal su erudición y forma correcta y atractiva de desarrollar sus trabajos, que no es posible dejar de seguir con curiosidad gradual la lectura de las hermosas páginas que en obras como la actual acreditan al publicista de tantas simpatías y que tan buenos servicios ha prestado con ellas á la clase médica y á la sociedad en general.

Cuantos lectores tiene el autor de *Clínica egregia*, *Escenas médicas* y de tantos trabajos como ha escrito el Dr. Comenge, experimentan la misma impresión de agrado al leer sus obras, y siempre, á cada nueva publicación, lleva el ánimo previniendo en favor de su bondad. Nada de extraño tiene, pues, que yo me exprese así al dar cuenta de esta hermosa publicación de carácter médicosocial, en la cual ha sabido hacer ciencia amena y útil de educación provechosa para la familia en general.

Y lo desarrolla en mi juicio con tal acierto y delicadeza, que no hay duda, para el más exigente y delicado en la forma del bien decir, queda satisfecho su deseo, que es el del autor, y así le expresa, pues su objeto culminante, al escribir esta interesante y hermosa obra, «es la narración familiar, instructiva y decorosa de todas las funciones del amor legítimo, para la mayor perfección de sus frutos».

El Dr. Comenge desarrolla su obra en 49 capítulos, divididos en siete partes, que han necesitado más de 700 páginas de lectura para comprender cuanto bueno é instructivo ellas encierran.

Estudia la mujer desde la pubertad, en sus funciones físicas y morales, en sus relaciones con el hombre, tanto de orden material

como social, sin omitir nada de cuanto de complejo abarca este asunto, relacionado todo esto con la higiene de ambos y con las condiciones que deben reunir en sus múltiples relaciones y en sus diferentes estados, especialmente en el de familia constituída, para abordar en otros capítulos cuanto se relaciona con el niño desde que nace hasta que se educa é instruye. Hermoso estudio de puericultura que debe ser leído y meditado, para que el perfeccionamiento físico surja y la morbilidad y mortalidad infantil disminuyan.

Renuncio á exponer el análisis detallado de cada capítulo; el lector apreciará que por lo atractivo y repleto de erudición, este libro no merece otro juicio que el expuesto con sinceridad y justicia.

El Dr. Comenge agrega con esta nueva obra una joya más á las muchas que ha formado con sus publicaciones, que enriquece nuestra literatura médica.

II

La moderna dermatología ha despejado el horizonte de algunas cuestiones clínicas relacionadas con esta especialidad, y ha aclarado algo el concepto habido respecto de ciertas dermatosis observadas, pero mal interpretadas, por los clínicos hasta la fecha. El doctor Balaguer, con gran acierto y en provecho de la ciencia, se ocupa en esta publicación de aquellas erupciones que se producen durante el desarrollo del proceso vaccinal. Campo sobrado tiene el autor de este trabajo para adquirir competencia respecto del asunto de que se ocupa, pues su Institución, á donde acude buen número de personas á vacunarse, es fuente de enseñanza, que él ha sabido aprovechar en esta especial cuestión, de la que nos da cuenta en su trabajo, con el cual ha de desvanecer errores de diagnóstico que, en punto á erupciones de esta clase, se observan con demasiada frecuencia.

Dejando por ahora el estudio de las *erupciones directas* de Hervieux, ó sean las conocidas con el nombre de vacuna generalizada, se ocupa en esta publicación exclusivamente de los exantemas que se producen con caracteres variables, distintos de las pústulas vaccinales, que no son contagiosas, ni por inoculación trasmiten la vacuna.

Por la historia de este asunto se deduce que eran ya conocidas desde el año 1803, y que posteriormente ha habido en diversas obras científicas referencias á este asunto, que el Dr. Balaguer juzga poco estudiado en su verdadera interpretación científica. Se ocupa de la

sintomatología, de la etiología y patogenia, de difícil explicación por hoy, aun cuando analiza las diversas opiniones emitidas respecto del asunto, y explica la suya, muy racional y aceptable del pronóstico y del tratamiento en general. Pasa luego á ocuparse con gran conocimiento personal de la materia, en la descripción de las variadas formas de dermatosis de esta clase.

Es, pues, el trabajo del Dr. Balaguer, muy clínico y útil para evitar falsas interpretaciones en la práctica médica, y señalar en la clínica á cada proceso su lugar en la patogenia de la lesión y en su tratamiento.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 3 de Marzo de 1906.

La reacción de Ruini en la investigación del azúcar en la orina. — El Dr. Espina: No he de hacer una crítica completa de los reactivos del azúcar, para no ocupar tiempo que necesitamos siempre, y hoy más, á fin de oir los datos y hechos tan interesantes de seroterapia antitífica; pero sí haré observar la infidelidad de todos ellos, la difícil conservación de algunos, como el licor de Feheling, y las dificultades de la investigación física por los polarímetros.

Además, el carácter transitorio de muchas glicosurias, la necesidad de su investigación en casos quirúrgicos, y la práctica escasa de laboratorio que aquí tenemos, y en las poblaciones rurales la imposibilidad de las mismas, me animan á dar á conocer, no un hecho nuevo, sino la transformación de un hecho difícil de laboratorio en una práctica sencilla de clínica.

Todos saben que el ácido orthofenilpropiólico es un reductor del azúcar, según las investigaciones de Ruini; pero que, como ácido orgánico, como cuerpo de la serie propiólica, no es un compuesto comercial, y además hay que hacer tres operaciones de alguna delicadeza química, como son: la disolución del ácido, la adición de la sosa pura, y la adición del cloroformo y su decantación. Pues bien, el producto que presento constituye este reactivo, pero de manejo tan sencillo que basta disolver una pastilla en 10 gramos de agua, adicionar 10 gotas de orina, y calentar suavemente dos á tres minutos para obtener la producción del añil con su coloración característica, si es que hay azúcar en la orina. Además puede el enfermo seguir su régimen ordinario, y nada importa que siga medicinándose, pues la reacción es sólo del azúcar. He comprobado el hecho, y por esto, por su ba-

ratura (25 céntimos de marco) y por creerlo muy clínico, presento á la Academia el *nitropropiol*, nombre con que se conoce el nuevo reactivo, cuyos resultados se pueden comprobar ó no, y en ese caso espero de la ilustración de los señores académicos para afirmar mis opiniones.

Tratamiento de algunas infecciones de origen intestinal. —Continuando la discusión, el Dr. *Alonso Sañudo* dice que el asunto que ocupa la atención de la Academia es digno de ella, porque es de los que llevan consigo problemas trascendentales para la ciencia, y dan lugar á aplicaciones prácticas beneficiosas al enfermo. Pocas adquisiones serán más útiles que la de un buen tratamiento para importantes infecciones agudas, y pocas ideas habrá más trascendentales que aquellas que tiendan á deslindar fronteras de la fiebre tifoidea. Son tales materias de tanto interés, que es indispensable que, al ocuparse de ellas la Academia, en ésta queden expuestos con toda claridad los términos de las afirmaciones ó de los datos aportados, porque siempre son convenientes la precisión y la claridad necesarias.

Antes de hacer algunas reflexiones persiguiendo ese fin, dice que felicita al Dr. Slocker (M.) por haber traído su observación á la Academia, y que el Dr. Durán merece grande estimación siempre, y ahora especialmente, por los interesantes trabajos de que se ha hablado; pero le parece que tres observaciones son bien pocas para formar opinión en tan interesante asunto; que es indispensable bastantes más casos clínicos y mejor documentados para juzgar de la eficacia del tratamiento por el suero en cuestión; y como en este asunto va envuelto otro muy trascendental que se refiere al diplococo hallado por el Dr. Durán en enfermos especiales, toda esta materia en conjunto merece meditación, serenidad y datos necesarios, con los que en estos momentos no se cuenta. De todas suertes cree que merece plácemes el Dr. Durán por sus trabajos, y expresa su deseo de que esa labor tenga éxito.

Recuerda después que la Academia ha podido oir, á propósito de la comunicación de que se trata, que existe un diplococo en los enfermos de tifus exantemático, y el mismo microorganismo en sujetos afectados de infecciones intestinales, y el mismo también en las especiales formas que son denominadas paratifus, y ese mismo diplococo ha sido el originario del suero en cuestión; basta este recuerdo para que tenga que juzgarse necesario que en la Academia quede ahora, por lo menos, indicado que hay que evitar confusiones y señalar precisamente las afirmaciones, para que nadie pueda deducir ideas erróneas ó conclusiones en pugna con lo reconocido universalmente como cierto.

En muchas ocasiones, tan sólo por repetir frecuentemente palabras sin concederlas todos igual alcance, hubo dudas y discusiones, que hubieran podido fácilmente evitarse: lo crupal, lo fibrinoso y lo diftérico fueron conceptos interpretados de manera diversa, que alguien llegó á confundir, más que por falta de estudio de los respectivos exudados, por no atender convenientemente á lo que cada una de esas palabras quería expresar. Algunas veces, en las manchas de ciertas infecciones, especialmente en las de la tifoidea, por demasiada precipitación al pensar lo que cada especie de manchas significaba, han podido confundirse las petequiales y las rosáceas, habiendo resultado esto en asuntos tan claros como el primero, y tan

sencillos como el segundo. En el que ahora se trata de relaciones entre el tifus exantemático, tifoidea, paratifus é infecciones intestinales, importa mucho que no aparezcan ideas equivocadas, incompatibles con lo que es conocido, y que no resulte que todas esas denominaciones puedan agruparse sencillamente como significando lo mismo, y aun siendo tributarias para el tratamiento de un mismo suero específico.

La fiebre tifoidea, continúa diciendo el Dr. Sañudo, es aquella infección bien diferenciada, por su curso especial, sus lesiones características, el bacilo de Eberth, que la produce, y la serorreacción que la denuncia.

Como tifoideas fueron comprendidas otras fiebres, que ciertamente deben ser separadas de la infección eberthiana, y que todavía en la actualidad no tiene explicación satisfactoria; acaso algunas sean infecciones de microorganismos bien conocidos, formas especiales de neumococia, de estreptococia, de estafilococia; así parece indicarlo la etiología especial de algunos, la coincidencia otras veces de fiebres de esta clase, en domicilios en los que hay ó hubo enfermos de aquellas infecciones; todavía, alguna vez, el análisis bacteriológico confirmó sospechas como la apuntada.

Otras veces, las fiebres parecidas á las tifoideas, son llamadas infecciones intestinales, y seguramente resulta exageración en el concepto que encierra ese nombre y en el número de veces que á él se acude, porque lo cierto es que no son tan frecuentes, ni tan demostrables, ni tan fáciles de comprender las llamadas infecciones intestinales.

En otras modalidades clínicas, las fiebres que deben ser separadas de las del bacilo de Eberth, presentan los bacilos paratíficos, y de éstos, varios, porque van estando caracterizados el *a* y el *b*, pero figura ya, además, larga lista de microorganismos semejantes y con el mismo nombre, y téngase en cuenta que llamados así paratíficos; siempre con ese nombre se ha aludido á bacilos que producen enfermedades semejantes á la tifoidea y no al tifus exantemático ni al recurrente; son, pues, en realidad, según el juicio actual, bacilos paratifoideos.

Prosigue diciendo el Dr. Alonso Sañudo, que el tifus exantemático tiene sus caracteres perfectamente definidos, y su deslinde de las enfermedades con él confundidas hace mucho tiempo está ya perfectamente ultimado: es el tifus antiguo de las prisiones, de los cuarteles, el que hoy nace casi exclusivamente en tiempos normales, en los asilos de noche de los mendigos, con sus síntomas de estupor y su gran parecido con fiebre eruptiva, con su duración regular de doce á catorce días, su curva térmica característica, su carencia de síntomas intestinales, etc., con su bacteriología, poco concluyente hasta la fecha, el diplococo de Dubief, y algunas otras investigaciones sin resultados conc uyentes.

Hallándose, de esta manera, diferenciadas dichas infecciones, tienen vida independiente y claramente distinta la tifoidea, el tifus y las otras agrupaciones; es necesario adquirir datos que acaben de caracterizar á aquellas que no son conocidas por completo en la actualidad; pero los datos esos nunca deberán aportar confusiones entre lo que está bien comprendido; y si pudiera llegarse á cambiar las ideas que en la actualidad son juzgadas como ciertas, lléguese en hora buena, mas para cambiarlas es indispensable que las nuevas vengan con todas las circunstancias imprescin-

dibles de evidencia, realizadas todas las pruebas y con todas las demostraciones indudables que son precisas.

Otra serie de reflexiones que le sugiere la comunicación del Dr. Slocker, dice el Dr. Alonso Sañudo, es la que se refiere á la seroterapia en las infecciones agudas. Asegura que hace muchos años, más de veinte, que emplea este medio en todas las infecciones, algunas veces en ciertas intoxicaciones, y en ese tiempo vió siempre que ese tratamiento es el mejor en muchas ocasiones, bueno casi siempre y nunca perjudicial; añade que no es tan nuevo como parece, porque, según el Dr. Saleedo, el Dr. Chinchilla ya lo aconsejaba, señalando en una de sus obras la fórmula de la disolución salina, en cuyo trabajo publica el dibujo de la jeringuilla de inyección, todo ello análogo á lo que en la actualidad se practica; y que en el cólera de 1885, en Madrid, en el Hospital especial de la Veterinaria, el Dr. Pérez Valdés trataba á sus enfermos con inyecciones que primeramente eran intravenosas y luego las practicaba subcutáneas, con líquido que era suero normal. Desde esa fecha, dice, ha continuado el Dr. Sañudo usando con gran frecuencia ese medio terapéutico en las infecciones.

Sigue manifestando que en el empleo de los sueros deben hacerse distinciones necesarias; unas veces se emplea suero de animal inmunizado de la enfermedad que se trate (suero específico), como ocurre con el tratamiento de la difteria; otras veces se hace uso del suero normal, como frecuentemente ocurre en la tifoidea; en otras ocasiones los sueros específicos de una enfermedad son empleados en otras, como por ejemplo sucede con el suero antidiftérico en el tratamiento de la pulmonía.

De la acción de los sueros no le parece oportuno ocuparse en esos momentos; le basta solamente recordar que la primera y más elemental división de ellos está fundamentada en que obran sobre la bacteria ó en que sean antitóxicos: para su acción terapéutica piénsase en antitoxinas, en aglutininas, y para algunas infecciones, la tifoidea precisamente, en antiendotoxinas, porque es sabido que hay endotoxinas en esta infección.

Del suero antidiftérico empleado en la difteria, dice que encontró siempre, usándolo, los buenos resultados que todos reconocen produce en esa enfermedad; que debe tenerse en cuenta, además, respecto de la difteria, que hay diferencias entre las epidemias actuales y las de hace veinte años, siendo la de ahora de menor importancia y gravedad seguramente, porque ahora se sorprenden las primeras manifestaciones de la infección, y el tratamiento local es sencillo y nada perjudicial, mientras que antes fué complicado y dañoso, y, en fin, porque el suero, curando diftéricos, amengua la importancia y el alcance de las epidemias en conjunto.

Sin hablar de otros sueros específicos (antiestreptocócico, antitifoideo, etcétera), porque todavía no tienen categoría científica para hacer en la Academia conclusiones respecto de ellos, continúa el Dr. Sañudo diciendo que el suero normal es buen tratamiento en muchas infecciones, de la tifoidea sobre todo, y en esta enfermedad llena varias indicaciones, como la de aumentar la tensión, facilitar la diuresis, hacer más enérgicas las contracciones cardíacas, y todo ello contribuye directamente á facilitar eliminaciones y á restaurar fuerzas y funciones de órganos importantes, siendo esto lo que más interesa en el tratamiento de esta enfermedad.

Alguna vez fué estimado el suero normal como nocivo en esos casos, y precisamente por el cloruro sódico que contiene; y lo cierto es, continúa diciendo el Dr. Sañudo, que en muchos casos no ha visto más que buenos resultados; que el argumento de que el exceso de cloruros perjudique á los tifoideos, ni está demostrado ni hay razón para afirmarlo, y como confirmación recuerda que en un enfermo tifoideo, el médico que le asistía le inyectó grandes cantidades de suero, y el enfermo, muy grave por cierto, mejoró, sin presentar ninguna perturbación, y curó con relativa prontitud. Estima también que las inyecciones de suero son utilísimas en los tifoideos, aun en los períodos de defervescencia, para combatir los efectos de la miocarditis y hacer que desaparezcan las condiciones que el tifoideo presenta en ese período, y que le hacen capaz del tremendo accidente de la muerte rápida.

Del empleo de sueros específicos en enfermedades distintas de la que respectivamente dieran origen á los sueros, recuerda como el más importante el empleo del suero antidiftérico en la pulmonía, y dice que este tratamiento no debe proscribirse; en la actualidad no hay tratamiento específico de esa enfermedad infecciosa; el suero antidiftérico no produce efectos nocivos, y, sobre todo, el fagocitismo que despierta, y aun las acciones específicas que pudiera tener, son todas ellas razones que le hicieron emplear esa medicación en bastantes enfermos neumónicos, y cree que no es todavía la medicación que la ciencia espera, pero sí un medio conveniente en esa clase de enfermos.

Y termina el Dr. Sañudo, resumiendo, con la afirmación de que, entre las discusiones y aun los fracasos de la ciencia actual, la verdad persiste siempre merced á lo que los enfermos enseñan, y así van aclarándose de día en día la historia toda de los microorganismos y de todas las infecciones, desde la tuberculosis, que con tanta variedad de formas tiene un solo bacilo, hasta el cólera morbo, que con sólo una forma clínica más ó menos intensa, pero una sola, tiene tanta variedad de bacilo vírgula.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 19 de Febrero de 1906.

Un caso de buftalmus. — El Dr. *Mansilla* presenta un caso curioso de este género, en el que piensa hacer una estafilotomía anterior, á fin de dejar un muñón para una pieza protésica.

Neoplasia maligna del globo ocular.—El Dr. *Mansilla* presenta un enfermo con un neoplasma maligno del globo ocular, á quien le va á hacer la exenteración de la órbita, para lo cual solicita la conformidad de sus colegas oculistas. Los Dres. Sanz Blanco, Castresana y Márquez muestran su conformidad con dicho tratamiento.

Sobre las amputaciones osteoplásticas de las extremidades inferiores.—El Dr. *Goyanes* presenta un paciente al que practicó la amputación osteoplástica por el tercio inferior del muslo á principios de mayo de 1905. En el

muñón de amputación, de forma algo cónica por atrofia de los músculos, se puede observar que la piel que cubre el fragmento osteoplástico está algo enrojecida y callosa, que dicho fragmento es palpable á través de la piel y que la extremidad del muñón resiste enérgicas presiones y hasta fuertes golpes sin que el paciente sufra molestia alguna. El amputado anda sin muletas ni bastón con una rudimentaria protesis, muy pesada por cierto, que consiste en la clásica pata de palo. Puede apoyar todo el peso del cuerpo aplicando el muñón en el plano de madera duro y resistente de la protesis, en el cual coloca un pañuelo doblado. El peso del cuerpo se transmite, pues, á la protesis por el muñón exclusivamente, es decir, que éste corresponde al grupo de los llamados cargueros ó de carga. El paciente hace caminatas de varios kilómetros sin fatigarse, se halla muy satisfecho de la capacidad funcional del muñón y se dedica á las labores de hortelano.

El Dr. Goyanes presenta dos radiografías del muñón, obtenida la primera al terminar la curación de la herida operatoria y la segunda recientemente (ocho ó nueve meses después de operada). En ambas se ve que el extremo del femur está protegido y cubierto por el opérculo osteoplástico, algo desviado hacia atrás y afuera, y que éste se conserva sin atrofia ni modificación alguna. Tampoco se perciben en las radiografías vegetaciones osteofíticas.

La historia clínica del operado es la siguiente: Es obrero de cuarenta y ocho años, natural de Celanova (Orense), sufrió á principios de abril de 1905 una caída desde la altura de dos metros y medio, produciéndose la fractura abierta del tercio superior de la pierna derecha. La lesión siguió un curso séptico, y los fragmentos de la fractura, descubiertos en una gran extensión, se necrosaron. Agotados los procedimientos conservadores, se practicó el día 2 de mayo una amputación á colgajo anterior cutáneo, seccionando el triceps por encima de la rótula. El colgajo, tallado inmediatamente por encima del foco de fractura, era insuficiente para cubrir un muñón óseo de desarticulación ó de amputación á lo Carden, y por este motivo y por no ser tampoco practicable la osteoplastia á lo Griti, se procedió á la amputación osteoplástica diafisaria por el tercio inferior del muslo, para lo cual se llegó al hueso, se incindió y desprendió hacia arriba el periostio después de seccionar el triceps; se hizo una muesca en la cara anterior del femur, y aplicando horizontalmente la sierra, se talló en su cara anterior un fragmento óseo de tamaño apropiado para cubrir el extremo del hueso seccionado; se desprendió el fragmento con un elevador, despegando hacia arriba unos 2 centímetros de periostio, quedando el fragmento osteoplástico unido solamente á aquél. Luego se hizo la amputación circular, seccionando el femur y las partes blandas, y practicada la hemostasia, se aplicó el fragmento óseo á la sección femoral, fijándole por medio de unos puntos periósticos de catgut y terminando el acto operatorio con la aplicación de dos desagües laterales, la sutura cutánea y el apósito.

El curso de la herida de amputación fué favorable; á los veinte días comenzamos á practicar masaje y presiones sobre el muñón.

El caso expuesto y otros dos de amputaciones osteoplásticas practicadas por el Dr. Goyanes, uno por el tercio inferior del muslo y otro por el tercio inferior de la pierna (la enferma podía á los veinte días post operationem

saltar á la cama apoyando su muñón en una silla, pero falleció, por desgracia, de estrangulación intestinal, y en la autopsia se vió el fragmento osteoplástico perfectamente conservado y aplicado á la sección tibial), permitieron al Dr. Goyanes hacer algunas consideraciones sobre interesantes puntos relativos á las amputaciones osteoplásticas, es á saber: 1.°, la historia de las mismas; 2.°, su técnica y resultados funcionales; 3.°, su paralelo con otros métodos de amputación.

1.° Desde el punto de vista histórico, divide las amputaciones osteoplásticas en epifisarias y diafisarias. Las primeras, ideadas en época relativamente remota, más bien se proponen (amputaciones de Pirogoff y Wladimiroff-Mickulicz) obtener un alargamiento del miembro y una economía en la protesis, que un calzado osteoplástico para el muñón. Esta última idea aparece ya en las amputaciones osteoplásticas por la rodilla (operaciones de Siabanejeff y Griti).

La idea motriz, digámoslo así, de las amputaciones osteoplásticas diafisarias de la pierna la debemos á Osier, que en 1893 publicó su método de confección de un pié artificial. El profesor Bier empleaba dos procedimientos, el de los muñones largos, que ofrecía la desventaja de acortar bastante la longitud de la pierna, y el de los muñones cortos, que no ofrecía este inconveniente y con el cual lograba muñones cargueros.

Pero las verdaderas amputaciones osteoplásticas diafisarias fueron ideadas y practicadas ya desde 1895 por el profesor Dr. San Martín, apareciendo el año siguiente de 1896 algunos trabajos realizados en la clínica de Königsberg por el profesor Eiselsberg sobre esta materia, coincidiendo bastante la técnica empleada por este cirujano con la ideada por el doctor San Martín (en dos números de *El Siglo Médico* de enero de 1899 está detalladamente descrita). También al Dr. San Martín corresponde el mérito de haber practicado el primero la amputación osteoplástica diafisaria del muslo. Hasta la aparición de un trabajo de Hirschs se divulgaron y practicaron por diversos cirujanos las amputaciones osteoplásticas, debiendo mencionar entre ellos á Prutz, Storp, Bunge y Jozebicky, además de los citados. Frommer cita 30 casos operados recientemente con gran resultado funcional.

2.° Por lo que respecta á la técnica de las amputaciones osteoplásticas del muslo, dice el Dr. Goyanes que la sección de la piel debe hacerse, siempre que sea posible, á colgajo anterior; que algunos cirujanos no desprenden el músculo (triceps) ni de la piel ni del periostio, confeccionando así un colgajo cutaneo-musculo-periostico-óseo, pero que él, creyendo que el fragmento óseo debe estar cubierto por la piel exclusivamente, secciona el triceps más arriba y deja al fragmento osteoplástico unido tan sólo al periostio, lo cual da mayor solidez al muñón, ya que el músculo interpuesto degenera y se atrofia. El tallado del colgajo osteoplástico se facilita haciendo una muesca en la cara anterior del femur, y por otra parte, no cree conveniente seccionar primero el hueso y confeccionar el fragmento en el extremo femoral.

3.° Dice que hasta hace pocos años los cirujanos apenas se ocupaban de la suerte ulterior de los amputados y de la capacidad funcional de sus muñones, y que los métodos ordinarios de amputación no pueden competir en

este propósito con los métodos osteoplásticos. Cita la estadística de Otto Hahn, según la cual entre 21 amputados de la pierna por el método de Bergmann sólo 1 pierna era medio capaz de soportar el peso del cuerpo, y la de Czerny, según la cual de 36 amputados de pierna y muslo, 20 tenían muñones defectuosos y en sólo 2 casos se había obtenido un muñón tragable de carga.

Cree que las amputaciones osteoplásticas no son mucho más difíciles de practicar que las ordinarias, y que si bien después de la operación los amputados se quejan de dolores más intensos, porque estas amputaciones curan por el mecanismo de las fracturas, cuando el curso curativo es aseptico, apenas se diferencia del que sigue una amputación ordinaria. Por otra parte, en las amputaciones osteoplásticas la disposición anatómica del muñón es parecida á la que la naturaleza dispone en aquellos puntos que en la posición bípeda, de rodillas ó sentada, sirven de apoyo al cuerpo, á saber: el talón y los extremos metacarpianos, la rodilla y el isquion: en estos puntos un plano óseo se aplica, sin tejido alguno intermedio, á una piel resistente y callosa (piel de planta). Pues bien, en las amputaciones osteoplásticas un plano óseo (fragmento) debe aplicarse á la piel (por eso evita los colgajos cutaneomusculares), que si es fina y delicada al practicar la amputación, se convierte con el uso del muñón en piel de planta. Esta transformación, que el Dr. San Martín esperaba ver realizada, puede observarse en el caso presentado, en el cual la fina piel de la cara anterior del muslo se ha convertido en piel gruesa y callosa.

Las amputaciones por los métodos antiguos determinan con mucha frecuencia la formación de vegetaciones osteofíticas que lastiman las partes blandas, por conservarse en ellas un manguito perióstico lo más largo posible; además, los músculos incluidos en los colgajos, faltos de inserción y función, sufren la atrofia, degeneración grasienta y retracción. Con todo esto los muñones se hacen dolorosos é incapaces de soportar las más ligeras presiones.

En época reciente, un nuevo método de amputación ha venido á competir con el osteoplástico, método verdaderamente opuesto á este último, y que consiste en principio en evitar vegetaciones óseas en el muñón, en cubrir el hueso simplemente con piel y, sobre todo, en someter á los muñones lo más pronto posible á un conveniente masaje y estímulo de carga mediante presiones. El Dr. Goyanes ha practicado en estos últimos tiempos cuatro ó cinco amputaciones siguiendo los consejos de Hirsche y Bunge, seccionando el hueso por debajo de la incisión perióstica, quitando la médula del conducto diafisario y sometiendo al masaje y á la carga funcional á los muñones, y los resultados que ha obtenido son muy satisfactorios, aunque lo reciente de las amputaciones no le permite establecer un acabado paralelo entre este método y el osteoplástico.

El Dr. *Fernández Seco* pregunta al Dr. Goyanes cómo siendo tan excelente el procedimiento no ha logrado abrirse camino.

El Dr. *Goyanes* dice que eso es lo lamentable, que la rutina se imponga y no deje camino á los procedimientos que, como éste, tienen extraordinarias ventajas. Por eso eso él o presenta aquí, y quien contribuya á su propagación hará un gran bien.

Estuche de tocólogo.—El Dr. *Soriano* presenta un estuche que en pequeño espacio encierra cuanto puede ser necesario, lo mismo para la *toilette* como para la operatoria, en la asistencia domiciliaria á partos, estuche que por su sencillez y baratura puede estar al alcance de todos los médicos, aun de los que ejerzan en la aldea más modesta.

Los Dres. Becerro, Slocker y Recasens felicitan la tendencia del doctor Soriano, muy necesaria para llevar á las clases más modestas los auxilios modernos á que tienen derecho.

PERIÓDICOS

Un caso de espondilosis ryzomélica. — El Dr. E. Ribas y Ribas publica en la *Revista de Ciencias Médicas*, de Barcelona, el siguiente caso clínico:

« Hombre de treinta y nueve años, sin antecedentes hereditarios, con antecedentes artríticos en su juventud (reumatismo, jaqueca, acné). Hace nueve años tuvo una tifoidea, presentándose en la convalecencia de la misma dolor en las articulaciones escápulohumorales y fuertes raquialgias; dolor en las extremidades que dificultaba los movimientos; aparición de un absceso preauricular que se abrió espontáneamente, dejando una úlcera que, según dice el enfermo, los médicos calificaron de tuberculosa; absceso preesternal y úlcera consecutiva de naturaleza tórpida; eritema simétrico en ambos lados de la nariz, que se extendió hasta los pómulos lentamente, y que con alternativas de aumento y disminución ha subsistido hasta hoy. A los tres meses de curada la infección tifódica, desaparecieron los dolores y los movimientos eran libres.

Durante este tiempo el enfermo se sometió exclusivamente á un régimen vegetal, por creerlo así mejor. Hasta que, transcurrido medio año, persistiendo la mejoría, empezó á comer de todo, y con este cambio coincidió, según dice el enfermo, la reaparición de los dolores en los mismos sitios, con alternativas de aumento y disminución, hasta hace dos años, que aumentaron en intensidad en la región dorsolumbar y cervical, llegando á serle imposibles los movimientos de la columna vertebral. Una vez presentada la rigidez, desapareció el dolor; pero hace tres meses reapareció con intensidad en la región coxofemoral derecha, espontáneamente, hasta terminar con la anquilosis de dicha articulación en flexión.

El 1.° de febrero de 1903 se observaba flexión de la región cervical de la columna vertebral; tan sólo separa el mentón de la horquilla esternal dos traveses de dedo. Inmovilidad absoluta de dicha región, como lo prueba la imposibilidad de mover la cabeza, no sólo en el sentido de la flexión y extensión, sino lateralmente; si se le hace mirar hacia la derecha ó hacia la izquierda, necesita para lograrlo ladear todo el cuerpo; de modo que si está sentado, se ve que al girar la cabeza gira todo el tronco, incluso la nalga del lado opuesto al lado que le mandáis que mire, pareciendo girar todo su tronco alrededor de un eje que pasase por la nalga del lado á que dirige la mirada.

Este modo de moverse dice que está inmóvil también toda la columna vertebral. Esta describe una línea convexa hacia atrás en la región cervical y dorsal superior y recta en la dorsolumbar. Las regiones escápulo-humerales están algo anquilosadas y los movimientos de dichas articulaciones son libres hasta en ángulo recto, del que no pueden pasar. La región coxofemoral derecha se presenta inmóvil y en ligera flexión. Atrofia de los músculos pelvitrocantéreos de dicho lado. No existe tumefacción articular.

Existe dolor intenso en la región coxofemoral izquierda, pero son posibles aún los movimientos: la rodilla derecha es dolorosa y los movimientos empiezan á dificultarse. Nótase además en la cara, extendida á ambos lados de la nariz, una tumefacción eritematosa, pustulosa y recubierta en algunos sitios de pequeñas escamas.

Al caminar necesita apoyarse, y á pesar del bastón y la muleta para no perder el equilibrio, ha de doblar la rodilla hacia atrás para compensar el ángulo que forma el tronco con la articulación coxofemoral derecha anquilosada.

¿Qué proceso es este de localización ósea y articular, de evolución lenta y sin daño visceral?

En el reumatismo crónico deformante se puede llegar á la anquilosis de casi todas las articulaciones, incluso la de la columna vertebral, pero la característica del reumatismo crónico deformante es que ataca primeramente y con más intensidad las articulaciones pequeñas.

En la cifosis heredotraumática de Bechterew, si bien existe, como indica su nombre, cifosis y curvilínea, en cambio no hay anquilosis de las grandes articulaciones; el dolor tiene carácter neurálgico especial y la etiología se caracteriza por dos datos, herencia y traumatismo.

En la cifosis de los campesinos existe anquilosis en flexión de la región lumbar solamente y sin anquilosis de las raíces de las extremidades.

En la enfermedad de Paget hay hipertrofia generalizada de los huesos y puede producir una seudo-anquilosis por contacto anormal de las superficies vecinas. El cráneo es el más frecuentemente hipertrofiado. La cifosis es superior y mucho más angular: existe corvadura de concavidad interna de los fémures y tibias; datos todos que la diferencian de la espondilosis.

En la miositis osificante existen trabéculas óseas diseminadas en el espesor de los músculos y en particular alrededor de las articulaciones anquilosadas.

Se había creído que la espondilosis ryzomélica era el proceso curativo de la osteomalacia, pero en ésta existen corvaduras óseas, no se ven anquilosis y es enfermedad casi privativa de la mujer, en tanto que la espondilosis es mucho más frecuente en el hombre.

En el mal de Pott la cifosis es generalmente angular, puntiaguda y no existen alteraciones en las grandes articulaciones de las extremidades.

El diagnóstico diferencial con la enfermedad de Kahler se hace por existir en ésta, además de las deformaciones óseas con alternativas de aumento y disminución, hipertrofia ganglionar y esplénica y por anemia muy acentuada.

La gota se caracteriza por la agudeza del principio, evolución por crisis agudas y repetidas, localización en las pequeñas articulaciones, principal-

mente en la del dedo gordo del pié, manifestaciones extra-articulares, signos que la distinguen, aunque se localice en el raquis, originando la gota vertebral de Lecorché.

Fournier y Læpez han descrito un caso de mal de Pott sifilítico que presenta ciertos puntos de contacto con la espondilosis ryzomélica, caracterizándose por anquilosis de la columna vertebral, sin trastornos sensitivos y parálisis desigual de las extremidades, pero sin anquilosis de las mismas.

Se ve, pues, que no encaja el síndrome descrito en ninguna de las enfermedades expuestas, y con las que, si bien remotamente, presenta algunos puntos de contacto, en cambio los grandes síntomas son idénticos á los descritos por Marye en abril de 1897, y con las que formó una nueva entidad morbosa que bautizó con el nombre de espondilosis ryzomélica (anquilosis vertebral y de la raíz de las extremidades), basando su estudio en tres observaciones personales y en cuatro publicadas por Koeler, Beer, Strumpele y Bamuler, y que se caracteriza por dolores, anquilosis de la columna vertebral y de las grandes articulaciones de las raíces de las extremidades, de evolución crónica y paroxística con integridad del sistema nervioso, aparato digestivo, respiratorio, urinario y genital.

Después de discurrir acerca de la etiología y patogenia de esta enfermedad, fundado en este caso clínico, expone las siguientes conclusiones:

1.ª El diagnóstico de espondilosis ryzomélica en nuestro enfermo lo fundamentamos en los dolores de la columna vertebral y grandes articulaciones de las raíces de las extremidades, en la anquilosis vertebral, coxofemoral y escápulohumeral; en la invasión por la columna vertebral, en las atrofias musculares peri-articulares, falta de tumefacción articular, en no ser atacadas las pequeñas articulaciones y en la integridad del sistema nervioso, aparato digestivo, respiratorio y genital.

2.ª La evolución de la enfermedad ha sido la típica de la espondilosis ryzomélica, crónica, progresiva y paroxística.

3.ª La etiología y patogenia la explican en nuestro caso clínico el artritismo, perturbando la nutrición celular, predisponiendo el terreno: la infección tifódica localizando su toxinas en los sitios de menos riego vascular, columna vertebral, raíces de las extremidades (partes óseas y fibrosas), pereza vascular acentuada por el artritismo, y finalmente, la infección tuberculosa, que convierte en permanente y progresiva por la producción continua de toxinas, las lesiones vasculares iniciadas por el artritismo y la infección tifódica.

4.ª Que el examen de la orina y de la sangre confirman se trata de fenómenos de intoxicación y probablemente de naturaleza tuberculosa.

5.ª Formamos un pronóstico grave cual corresponde á la espondilosis ryzomélica por su marcha progresiva, siendo la asfixia, e agotamiento orgánico ó una enfermedad intercurrente que se desarrolle en nuestro caso clínico, casi sin defensas, las causas de su muerte.

6.ª El tratamiento seguido (tónicos, reconstituyentes, alcalinos, no ha producido el más insignificante alivio. Hoy por hoy, la terapéutica es impotente para detener y curar la espondilosis ryzomélica». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Febrero de 1906.

La sueroterapia en la fiebre tifoidea.—El Dr. Raoul Brunon: El suero antitífico de Chantemesse ha sido empleado desde junio de 1903 á noviembre de 1905 en el tratamiento de 100 niños afectados de fiebre tifoidea y que ingresaron en el Hospicio general de Rouen. La edad de estos enfermos estaba comprendida entre tres y dieciséis años.

En todos estos casos ha sido confirmado el serodiagnóstico hecho por el Dr. Gerbet, jefe del Laboratorio de bacteriología de la Escuela de Medicina. De estos 100 niños murieron 4, pero, según veremos, no puede incluirse en esta estadística uno de los fallecidos, porque se le hizo la inyección *in extremis*.

Antes de la seroterapia, desde enero de 1900 á junio de 1903, murieron 14 niños tíficos de 82 que habían sido tratados por el procedimiento ordinario en el mismo establecimiento.

En el primero de dichos grupos, ó sea el de los enfermos tratados por el suero, la mortalidad fué de 3 por 100. En el segundo grupo, es decir, en el de los enfermos tratados sin suero, aquélla fué de 17'07 por 100. Aparte de la seroterapia, el tratamiento fué el mismo para los dos grupos.

El suero fué inyectado á la dosis de 1 cent. cúb. por cada 40 kilogramos de peso del niño. En dos casos se hizo una segunda inyección al iniciarse una recaída.

El conjunto del tratamiento fué el siguiente: inyección de suero y baños calientes ó templados (35° ó 30°) cada tres horas. Paños fríos sobre el tórax y sobre el abdomen en el intervalo de los baños. En algunos casos hielo sobre la región precordial. Bebidas abundantes: leche, agua y vino de Champagne. Antisepsia rigurosa de las deposiciones por lavados cotidianos y ventilación constante, diurna y nocturna.

Generalmente á la inyección de suero siguió un *período de reacción* determinado por una elevación de temperatura de algunas décimas, y en casos excepcionales, de un grado. Este fenómeno fué muy patente, y, por lo tanto, fácil de comprobar en las dos terceras partes de nuestros casos. El período de reacción duró de dos á cinco horas, y en dos casos se prolongó durante seis días.

Al período de reacción siguió el de *efervescencia* con sus caracteres clásicos.

En 50 casos se hizo la inyección durante la primera semana de la enfermedad y en 36 en el curso de la segunda, y finalmente, en 14 casos en la tercera, cuarta y quinta semana.

El aspecto clásico de la fiebre tifoidea se modificó más ó menos, según que la inyección fué *pronta ó tardía*.

Dieciséis de los 50 enfermos inyectados durante la primera semana presentaban ya accidentes más ó menos graves. Otitis, parotiditis, hemorragia intestinal, bronconeumonía ó accidentes cerebro-espinales. Todos, sin embargo, curaron.

De los 36 enfermos inyectados en la segunda semana, hubo un caso de muerte, y en los 14 inyectados tardíamente, 3.

En la mitad de los casos de que se trata, ó sea en unos 50 próximamente, la orina contenía de 10 á 40 centígramos de albúmina al ingresar en el Hospicio, y por lo tanto, antes de la inyección de suero, y en ningún caso aumentó después de la inyección.

Las complicaciones fueron muy poco numerosas, si se descuentan los enfermos que tenían alguna complicación al ingresar en el Hospital. Hubo 3 casos de recaída á los veintidós, veinticuatro y veintiséis días, imputables todas ellas á una alteración de régimen; 1 caso de hemorragia intestinal y otro de perforación en una niña de ocho años, á quien se inyectó el suero al décimosexto día. Entre los enfermos que recibieron el suero durante la primera semana, no hubo ni muerte ni complicaciones.

Nuestras observaciones permiten afirmar lo siguiente respecto á la duración de la fiebre tifoidea.

En el primer grupo la duración media fué de dieciocho días; en el segundo de veinte, y en el tercero de cuarenta.

He aquí, por último, algunas indicaciones acerca de los casos de muerte:

1.° Niño de doce años, que ingresó hacia el décimoquinto día, con temperatura de 40° y delirio. Se le inyectó el suero á los dieciséis días y murió á los veintiséis.

2.° Niña de ocho años, inyectada á los dieciséis días de la enfermedad. El 21, á las cinco de la tarde, se comprobaron los primeros síntomas de peritonitis. Intervención quirúrgica al día siguiente, á las tres de la tarde. Murió á los veinticuatro días.

3.° Niña de siete años, que ingresó en estado muy grave. Se la hizo la inyección á los treinta y ocho días y murió á los cuarenta y cuatro.

4.° Niña de once años. Ingresó un miércoles por la tarde, se la inyectó el mismo día y falleció el viernes, ó sea treinta y seis horas después de su entrada en el Hospicio. (En este último caso la inyección se hizo *in extremis*, y, por lo tanto, sólo lo citamos por hacer mención de él).

Conclusiones. — 1.ª En la clínica de niños del Hospicio general de Rouen la mortalidad de la fiebre tifoidea tratada por los baños fué de 17 por 100.

Dicha mortalidad descendió á un 3 por 100 con el tratamiento por el suero y los baños.

2.ª Curaron todos los enfermos sometidos á este tratamiento durante el curso de la primera semana de la enfermedad.

Los que murieron habían sido inyectados tarde: á los quince, dieciséis y treinta y ocho días.

La inyección de suero divide la marcha de la enfermedad en dos períodos. La inyección es seguida de un corto *período de reacción*, al cual sigue el de *efervescencia*.

En todos los casos en que se practicó la inyección al comienzo de la enfermedad, la duración de ésta disminuyó, siendo la marcha normal y sin complicaciones.

Finalmente, en 100 casos tratados de este modo, las complicaciones graves fueron raras.

5.° En los casos observados por nosotros durante un período de dos años y medio, el suero de Chantemesse modificó la fisonomía clásica de la fiebre tifoidea, atenuando la enfermedad en conjunto, disminuyendo su duración, el peligro de las complicaciones y la mortalidad.

Suero antidisentérico. — Los Dres. Vaillard y Dopter: Los efectos del suero antidisentérico preparado por nosotros en el Instituto Pasteur no se obtienen más que en la *disentería bacilar*. Este suero antidisentérico se ha obtenido por inyecciones hechas bajo la piel del caballo, en las venas y con cultivos vivos de bacilo disentérico y de toxina.

Estudiado experimentalmente en el conejo, ha manifestado propiedades preventivas, cuya duración no excede de ocho á diez días. Aplicado á la terapéutica humana en 96 casos de diferente gravedad, en los que se empleó como único tratamiento, su eficacia se reveló del siguiente modo:

1.° *Acción casi inmediata sobre todos los síntomas locales y generales de la disentería.* — Los cólicos, el tenesmo y los pujos disminuyen de intensidad y desaparecen completamente veinticuatro horas después de la inyección del suero. Las deposiciones pierden el carácter disentérico, convirtiéndose en fecaloides, y su número se reduce á una diaria. El estado general es influído también favorablemente.

2.° *Rapidez de la curación.* — En todas las personas sometidas al suero, la duración de la enfermedad disminuyó bastante, obteniéndose la curación á los dos ó tres días en los casos medios, á los tres ó cuatro en los de mayor intensidad y á los cuatro ó seis en las formas graves. De cuatro enfermos que parecían condenados á muerte próxima, tres curaron á los ocho, once y veinte días; el cuarto sucumbió á los trece.

La convalecencia, por lo común larga y penosa, se hace más corta.

Finalmente, ciertos enfermos sometidos desde el principio á los tratamientos tradicionales sin que hubieran obtenido mejoría, fueron tratados, después de muchos días, por las inyecciones de suero, no tardando en manifestarse el resultado, puesto que desde el día siguiente los síntomas comenzaron á remitir, para terminar en breve plazo. El contraste fué, pues, evidente. El suero antidisentérico obra tanto mejor cuanto más al comienzo de la enfermedad se inyecte. Influye también de un modo favorable en los que ya llevan mucho tiempo padeciendo la enfermedad.

Veinte cent. cúb. de suero son suficientes en las formas medias; 30 centímetros cúbicos en las formas más intensas, y en las formas graves es necesario inyectar de una vez de 40 á 60 cent. cúb. Si al día siguiente el éxito alcanzado no se juzga suficiente, deben inyectarse nuevas dosis. En las formas gravísimas no se vacilará en inyectar desde el primer día 80, 90 y 100 cent. cúb., y en repetir las inyecciones los días siguientes.

El suero antidisentérico constituye en realidad el único tratamiento específico de la disentería bacilar. Es incomparablemente superior en eficacia á todos los otros tratamientos habitualmente empleados.

Mortalidad por tuberculosis.—El Dr. Laverán: Considero que la declaración obligatoria de la tuberculosis es *deseable*, pero *irrealizable*.

El Dr. Pinard: En la población donde soy alcalde existe una casa en la que han muerto cinco personas de tuberculosis en el espacio de treinta años, y de entonces acá, toda familia que la ha habitado algún tiempo, ha contraído la enfermedad. Al abandonar dicha casa los últimos inquilinos, se invitó al propietario á que la desinfectara, pero no lo ha hecho, y cualquier familia que se instale en ella, será víctima de la tuberculosis.

En otra población hay una casa que, estando desalquilada después de haber muerto en ella diez tuberculosos, se tuvo la idea de establecer allí una escuela, y actualmente han muerto de dicha enfermedad cuatro alumnos, y están enfermos de ella siete ú ocho. ¿Pueden consentirse cosas semejantes?

No soy partidario de la declaración obligatoria de la tuberculosis porque estarían contra ella todos los médicos, y sin el concurso de éstos no hay medidas de higiene aplicables.

Lo que se debe hacer es robustecer la autoridad del médico, dándole el derecho de ordenar la desinfección cuando lo juzgue necesario, y dar también al alcalde la autoridad necesaria para hacer ejecutar esta decisión.

Y puesto que se habla de modificar la lista de las enfermedades que deben someterse á la declaración obligatoria, pido que se incluya en éstas la coqueluche, que tantas desgracias ocasiona, á pesar de que es fácilmente evitable. No se debe tolerar que para curar á uno de estos enfermitos se le traslade de localidad, sembrando la enfermedad en la población rural, y para evitar esto en la región donde ejerzo mi autoridad como alcalde, dicté una disposición para que no se admitiera en ninguna población á todo niño afectado de coqueluche y que proviniera de otro punto; pero desde que se ha creado en el Hospital una Clínica especial, en un pabellón aislado, se modificó la mencionada disposición, y en vez de expulsar al enfermo, se le aisla, haciéndole ingresar en dicho pabellón.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesiones de los días 14 y 28 de Febrero de 1906.

Superioridad del agua de mar sobre el suero fisiológico. — El Dr. Robert-Simon: En la última sesión, después de mi comunicación acerca de las inyecciones subcutáneas de agua de mar isotónica en los trastornos menstruales, intestinales y nerviosos, solos ó asociados, el Dr. Le Gendre puso una vez más á discusión la cuestión de saber si no se obtendrían los mismos resultados empleando simplemente el suero artificial. Haré notar, á este propósito, que la superioridad del suero marino ha sido establecida de una manera rigurosa por los experimentos fisiológicos y por la observación clínica. Quinton ha demostrado que el suero artificial provoca una retención de resíduos orgánicos, mientras que el suero marino, por el contrario, produce un lavado del organismo. Los leucocitos, que mueren en el

suero artificial, viven durante mucho tiempo en el suero marino. Los recién nacidos débiles, tratados por las inyecciones de suero artificial, aumentan de peso con menos rapidez que aquellos que se someten á la acción del agua de mar. Este estimula los movimientos peristálticos, mientras que el suero artificial es inactivo en este sentido. En confirmación de esta idea citaré un caso de estreñimiento rebelde, que fué refractario á 190 inyecciones cotidianas de 10 cent. cúb. de suero artificial, y en la que, después de 10 inyecciones de suero marino á dosis primero de 100 centímetros cúbicos y luego de 200, se restableció la defecación espontánea.

El Dr. Legendre: Yo no he hecho más que una simple reserva general á propósito del suero marino isotónico. En mi práctica personal no he podido apreciar la superioridad del agua de mar sobre el simple suero fisiológico, pero no se trata más que de una impresión que no está basada en un fundamento estadístico.

Investigaciones sobre la alipina. — El Dr. Chevalier: La alipina puede considerarse como un derivado de la estovaína, de la que no se diferencia desde el punto de vista de la composición química más que por un grupo dimetilamido unido al núcleo principal de la estovaína. La alipina posee, como analgésico local, las mismas propiedades que la estovaína. La insensibilidad que provoca no es más prolongada que la que producen los demás anestésicos.

Mis investigaciones han demostrado que es menos tóxica que la cocaína. La alipina, por otra parte, posee un grado de toxicidad superior al de la estovaína.

Localmente no produce vasoconstricción ni vasodilatación directa; pero, como es irritante, determina de un modo indirecto congestión pasajera.

Las soluciones de alipina á 1 por 100 son poco irritantes, pero al 2 y al 3 por 100 producen una irritación fuerte.

En el ojo, la alipina obra de la misma manera que la estovaína, pero además produce fenómenos congestivos. No hay, pues, ninguna razón para preferirla en oftalmología á la estovaína.

Para la anestesia por infiltración, la alipina no tiene ventajas sobre la estovaína.—Codina Castellví.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 27 de Febrero de 1906.

Cáncer primitivo del apéndice vermiforme.—El Dr. *H. D. Rolleston* leyó un trabajo escrito en colaboración con el Dr. L. Jones. En este trabajo se citan 62 casos de cáncer del apéndice. De éstos, 37 eran carcinomas y 17 carcinomas de células esferoidales; la edad de los enfermos era de veinticuatro años. La edad media de 5 enfermos de carcinoma primitivo de células columnares del apéndice vermiforme era de cincuenta y dos años, igual que en el carcinoma de otras partes del intestino. El carcinoma primitivo de células esferoidales del apéndice vermiforme es también particular por su

estructura y por su carácter benigno, lo que le asemeja á un grupo de casos de carcinoma primitivo múltiple del yeyuno y del íleon, coleccionados recientemente por Bunting.

La existencia de una neoplasia maligna primitiva del apéndice vermiforme suele descubrirse muchas veces accidentalmente al examinar el apéndice extirpado en vida ó después de la muerte. El número de casos referidos ha aumentado de una manera enorme en estos últimos años; 34 de los 42 se han observado desde 1900, y 28 por autores americanos.

En 29 casos los síntomas fueron los de la apendicitis, y en 4 la naturaleza de la enfermedad se observó al practicar otra operación sobre las vísceras pelvianas de la mujer. Los resultados de la apendicectomía fueron buenos, porque sólo murieron cuatro enfermos en los quince días siguientes á la operación; sólo en uno de estos casos se practicó la apendicectomía simple. En tres casos se extirpó una parte del ciego, en uno fueron extirpados varios ganglios, y en dos todo el ciego. No se ha observado recidiva de la neoplasia. Esta se hallaba casi siempre localizada, y en el 48 por 100 de los casos ocupaba el tercio más lejano del apéndice. La enfermedad es tan común en un sexo como en otro. En dos casos se encontró una concreción estercorácea.

El Dr. *Mc Adam Eccles* dijo que había operado á un enfermo de dieciocho años que padeció varios ataques, al parecer, de apendicitis subaguda, de la que curó por completo. El apéndice tenía 25 á 37 milímetros de longitud y estaba muy engrosado y provisto de numerosas adherencias. Se le abrió en sentido longitudinal y se encontraron en su pared dos focos aislados de aspecto de depósitos tuberculosos, pero el examen histológico descubrió en ellos células cancerosas esferoidales. No había concreciones. Se extirparon del mesenterio apendicular algunos ganglios infartados. La operación se practicó hace casi dos años y hasta la fecha no se ha observado recidiva.

El Dr. *Jefferson Faulder* indicó que las neoplasias de células columnares que experimentan la transformación esferoidal, se supone que son malignas. Cree que dichas neoplasias pueden ser consideradas como endoteliomas.

El Dr. *Newton Pitt* comparó con el adenoma las neoplasias que se desarrollan con el apéndice. ¿Hay alguna evidencia de infección en los casos de nódulos del apéndice? Los tumores difieren de los del estómago por el pequeño tamaño de sus células.

El Dr. *H. S. French* llamó la atención sobre el pequeño tamaño de las neoplasias del apéndice. Es posible diferenciar las del tejido linfático inflamado.—(*British méd. Journal.*—F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 16 de Febrero de 1906.

Elefantiasis. — El Dr. *Antonio de Eiselsberg* presenta un hombre de veinticuatro años con elefantiasis de la pierna derecha. Su padre murió de una afección cardíaca; sus cinco hermanos y su madre están sanos. El paciente siempre ha vivido en Viena. Sin molestia apreciable empezó á hincharse

la pierna derecha á los ocho años; esta hinchazón había aumentado muy poco á los catorce años cuando el sujeto entró en la ebanistería de su padre como aprendiz, pero desde esta época se fué acentuando tanto la hinchazón, que al poco tiempo ya no podía estar mucho tiempo de pié, y más tarde ni sentarse. El pié se iba colocando cada vez más en flexión plantar. Desde la edad de veintiun años el enfermo está en cama y se ha estacionado el mal. En los últimos años se presentaron á menudo accesos febriles acompañados de rubicundez y dolores en la pierna (erisipela). Al reconocer al paciente, que está flaco y con la cara pálida, sólo se encontraron síntomas ligeramente catarrales, escoliosis y leucocitosis (22.000). La extremidad afectada aparece transformada en un tumor grande y deforme, con numerosas cicatrices y excoriaciones. La piel está gruesa y dura y el tejido subcutáneo muy hinchado. Están abolidos los movimientos activos y el muslo parece haberse fracturado de un modo espontáneo, pero un examen más detenido y la exploración con los rayos Röntgen hacen ver que está luxada la cadera y muy separados la tibia y el femur. La tibia y el peroné sólo llegan á la mitad de la pierna, de los metatarsianos no quedan más que rudimentos muy esparcidos y los dedos del pié aparecen aplicados á la planta. De la mitad de la pierna para abajo apenas si siente los pinchazos hechos con un alfiler.

En este caso, que recuerda el de linfangioma cavernoso presentado por Katholiczky hace dos años, llaman la atención el volumen del miembro, la luxación de la cadera y la desaparición completa de los extremos inferiores de los huesos de la pierna.

Como tratamiento sólo podría pensarse en la enucleación, pero esta operación no está exenta de peligro, dado el estado general deplorable en que se encuentra el paciente.

Anastomosis del facial y del espinal. — El Dr. *Gustavo Alexander* presenta un caso de la clínica de Politzer, de parálisis facial de origen auditivo, en el que se logró un éxito funcional satisfactorio estableciéndose anastomosis entre el facial y el espinal.

Dermatitis exfoliativa del recién nacido. — El Dr. *Guillermo Knoepfelmacher* presenta un niño de dieciséis días cuya afección se inició á fines de la primera semana, apareciendo en la piel vesículas redondas. El Dr. Ritter ha creado una forma morbosa denominada dermatitis exfoliativa del recién nacido, pero Leiner y yo hemos demostrado que se trata tan sólo de una forma intensa de pénfigo, como lo demuestra también el caso actual, en el que la afección se inició con formación de ampollas, y después sobrevino la epidermolisis ó exfoliación. En el caso actual la enfermedad se ha presentado en forma más suave que en otros.

Sarcoma del mediastino tratado con los rayos Röntgen. — El Dr. *Roberto Kienböck* hace comparecer un individuo que ya presentó hace diez meses y que tenía entonces síntomas de un tumor mediastínico, los cuales se habían ido desarrollando de un modo gradual en el curso de cuatro años. El tumor, voluminoso, demostrable por medio de la percusión y de los rayos Röntgen, y que entre otros síntomas provocaba accesos dolorosos, desapareció y con él dichos síntomas con dos meses de tratamiento con los rayos Röntgen, sin que éstos hubieran provocado más manifestación cutánea que

la aparición de algunas manchas eritematosas. La primera vez se diagnosticó un tumor maligno, y como al mismo tiempo que los rayos Röntgen se emplearon las unciones mercuriales, se dudó de que el resultado fuese debido á los primeros. Pero el examen histológico de un ganglio cervical extirpado demostró tratarse de un sarcoma, y por otra parte, ya se sabe de otros muchos casos de sarcoma, y en especial de tumores ganglionares del mediastino, que se han modificado muy favorablemente con los rayos X.

En nuestro enfermo el resultado se sostiene desde hace nueve meses sin ninguna recidiva, el sujeto casi no tiene hoy ninguna molestia, y con el examen radiológico sólo se encuentra parálisis del lado derecho del diafragma. Por precaución se someterá de nuevo el paciente á una serie de sesiones de rayos Röntgen.

Linfangioma. — El Dr. *Leischner* presenta la preparación del linfangioma del enfermo que compareció en la sesión última y que fué operado después. Es un linfangioma subcutáneo, en parte quístico y en parte cavernoso, bien circunscrito y sin ninguna relación con los vasos quilíferos.

Accidente producido con la corriente eléctrica. —El Dr. *S. Jellinek* presenta un obrero que estando arreglando, el 31 de enero último, una lámpara eléctrica, cuyos tornillos de contacto necesitaban reparación, resbaló y hubo de cogerse con una mano á una parte no aislada cuando ya la otra estaba en contacto con un armazón que también estaba enlazado con la corriente; ésta, que era alterna y de 220 voltios, no le hizo perder el sentido ni caer; más aún, pudo dar gritos para pedir socorro y hasta disponer lo necesario para salvarse, lo cual consiguió al cabo de unos minutos arrancando el punto de contacto con la corriente. Inmediatamente después aparecieron en la mano izquierda unas ampollas de color gris blanquecino rodeadas de una zona poco ó nada rubicunda, aunque sensible á los alfilerazos. La cubierta de dichas ampollas era dura, consistente é insensible á los pinchazos y á los contactos. Desde hace unos tres días se han desprendido estas zonas blancas y duras, dejando unas pérdidas de substancia como estampadas y de tamaño mucho mayor que la lesión primitiva. El fondo de esta pérdida de substancia, que en el pulgar penetra á diferente profundidad en el corion y en el tejido celular subcutáneo es por de pronto gris blanquecino y en algunos puntos moreno, pero la zona inmediata que está, al parecer sana, tiene un color pálido. Es posible que antes de curarse las porciones lesionadas tenga que destruirse el tejido inmediato.

En la palma de la mano derecha no se presentó por de pronto ninguna alteración, no obstante haber estado en contacto con metal por donde pasaba la corriente; pero hace dos días se presentaron en dos dedos de esta mano lesiones análogas á las que aparecieron en la mano izquierda inmediatamente después del accidente. Se trata, por lo tanto, de una lesión tardía, puesto que no apareció hasta catorce días después de haber obrado la corriente eléctrica.

Del estado general es demasiado pronto para afirmar nada; por ahora se queja el sujeto de neuralgias y calambres en los brazos, y en la orina hay indicios de nucleo-albúmina.

Esclerodermia.—El Dr. *Fernando Kornfeld* presenta una mujer de treinta y un años, que está casada hace cuatro, procede de familia no nerviosa y

ha estado sana hasta hace un año. Ha dado á luz hace tres un niño sano y bien desarrollado, no obstante ser el padre sifilítico. Hace un año se iniciaron las lesiones cutáneas esclerodérmicas, que en pocos meses adquirieron la intensidad que hoy presentan. La distribución no es del todo típica; aparece en forma de cinturón ó venda que rodea los hombros y abarca las mamas, dejando libres axilas y pezones. Están interesados la cara, las manos y los antebrazos hasta la mitad del brazo; en cambio, llama la atención que no lo estén los piés, las piernas, los genitales externos y la piel del abdomen. En el cuello no se descubre bocio á la vista, pero sí por el tacto, bajo la forma de un nódulo, como una nuez pequeña, que se apoya en la tráquea, y por su consistencia dura es lo más probable que esté alterado el tejido de la glándula. La enferma asegura que no le ha aumentado el volumen del cuello. Está bien patente el síntoma de Stellwag — dilatación de la abertura palpebral y lentitud en el parpadeo —; el de Graefe no se aprecia; en cambio, es muy manifiesta la limitación en la convergencia. Desde hace seis meses hay bastante sordera en el oído izquierdo, sordera que de entonces acá ha quedado estacionada. La exploración ha descubierto una otoesclerosis que seguramente está relacionada con el proceso cutáneo. Refiere, además, la paciente que en los dedos y en los codos se han formado varias veces úlceras de curación muy lenta y sin causa apreciable. También desde hace medio año se vienen cariando los dientes con mucha rapidez. Algunos días siente un frío que á veces llega hasta producirle escalofríos: además, no obstante estar embotado el tacto en los dedos, si toca con ellos un objeto templado, le parece que está abrasando, y si toca un objeto frío, aunque esté helado, apenas percibe la sensación respectiva. En esta enferma, que es muy nerviosa, están exaltados los reflejos de las extremidades, especialmente en el lado derecho, y existen, además, los periósticos y escapulares, pero no se ha descubierto ninguna anomalía que haga pensar en un proceso nervioso central. Taquicardia paroxística (100 á 180), cefalalgia frecuente, ligera sensación de vértigo, alguna vez zumbidos de oídos y grandes dolores en las piernas, sobre todo en las rodillas, que se han acentuado más en las últimas semanas.

En esta mujer se han empleado, pero inútilmente, los baños, el masaje y una cura sulfurosa. En cambio, ha dado resultado el uso regular de tabletas de tiroidina, que se vienen administrando desde hace dos meses.

El orador presenta este caso por lo mismo que se asemeja al presentado por el Dr. Wicks. Según nuestros conocimientos actuales, ya no es posible negar la gran influencia que ejercen las glándulas sanguíneas, y muy particularmente cuando están enfermas, como factor etiológico de las afecciones que interesan á la piel en la totalidad de su estructura.

El Dr. *Salomon Ehrmann* hace observar que la esclerodermia comprende varios grupos que sólo tienen de común la formación de un tejido conjuntivo rígido y poco vascular que invade la piel y los tejidos subyacentes, y que á veces los sustituye y los funde entre sí. El caso de Kornfeld pertenece á un grupo bien definido que sólo se observa en el sexo femenino. La esclerosis empieza en los dedos, invade después la nariz, el mentón, los carrillos y la frente; se estrecha la hendidura bucal y en muchos casos la lengua se inmoviliza más ó menos. Estas lesiones hacen que se parezcan

mucho las fisonomías, pero el tejido no está tan rígido en la cabeza como en las manos, y la rigidez tampoco es tan completa en las demás extremidades como en los dedos. Las falanges presentan, además de atrofia de los huesos, de cuando en cuando formación de exostosis, que se ven muy bien con los rayos X, desaparecen pronto, para reaparecer al cabo de años, á la vez que se exacerban entonces los dolores y se ulceran las falanges, de suerte que casi no cabe pensar en que se trate de úlceras por compresión. Existen casi siempre arterio-esclerosis y arteritis de los vasos periféricos, habiendo casos en que las arterias parecen de alambre. Los síntomas cardíacos deberán, por lo tanto, provenir de causas anatómicas. A la misma causa hay que atribuir los síntomas del mal de Raynaud.

Estos casos difieren por completo de aquellos en que el desarrollo difuso de esclerosis va acompañada de seudo-anquilosis, v. gr., de la rodilla y del codo en flexión, pero no de la mano, habiéndose iniciado la afección con procesos eritematosos. Se desarrollan eritemas y hasta eczemas maculosos ó difusos que invaden á menudo la mayor parte del cuerpo; después aparecen placas amarillentas, de consistencia de cuero ó de cartulina y rodeadas de una areola roja. Pero en estos casos nunca se presentan síntomas cardíacos ni de asfixia de Raynaud. Es frecuente una astricción pertinaz.

El Dr. *Luis Wick* dice, respecto al caso de esclerodermia presentado en la sesión anterior, que una hermana mayor de la enferma tuvo una especie de inflamación diftérica de la garganta en el mismo año que la interesada, y padeció de reumatismo articular agudo, que duró varias semanas; que la misma hermana, cuando se inició la esclerodermia, enfermó de nuevo con dolores de piés y le sobrevino la inflamación de las muñecas, que aún hoy se observa como hinchazón especialmente de las vainas tendinosas. Otro hermano más joven sufrió también un ataque de reumatismo articular agudo, que duró tres semanas. El padre y sus hermanos padecieron de dolores reumáticos, y una hermana más joven es de corto entendimiento y epiléptica.

Estos casos, tan repetidos en una familia, recuerdan aquella predisposición hereditaria que los franceses denominan herpetismo ó artritismo. Entre el reumatismo articular y la esclerodermia hay relaciones, no sólo etiológicas, sino también clínicas. En un caso observado por el autor, la tumefacción articular coincidía con una esclerodermia del dorso de ambos piés; en otro de artritis anquilopoyética, en el que existía como manifestación de la misma un nódulo subcutáneo, había á la vez que engrosamientos poco marcados de la piel, un acortamiento del dedo meñique, que no podía ser debido más que á una absorción del hueso. También en el caso presentado revelan los rayos X un pequeño defecto en el hueso por el estilo de los que se encuentran en el reumatismo articular crónico. Otros caracteres comunes son el comienzo frecuente de ambas enfermedades por las falanges finales y la deformación de las uñas. La deformación de las falanges finales no es debida tan sólo al trastorno circulatorio producido por la lesión cutánea; en efecto, se ven en el radiograma restos de la diáfisis separados del de la epífisis; es posible que intervengan en este caso influencias tróficas vasomotoras, como en las acroanomalías.

Presenta, además, el autor cuatro preparaciones histológicas de nódulos

reumáticos subcutáneos, y recuerda una publicación que salió á luz hace dos años relativa á este asunto. Así como entonces hubo un caso en el que se encontraron bacterias en el nódulo, en otros no sucedió lo mismo. En los cuatro nódulos presentados ahora, ni el microscopio ni los cultivos han encontrado bacterias. Tampoco se han hallado uratos. Los casos respectivos han sido de reumatismo articular crónico, uno de ellos iniciado en forma aguda y grave.—(*Wiener Klinische Rundschau*).—R. del Valle.

PERIÓDICOS

Un nuevo método de administrar el hierro.—El Dr. F. N. Randall aconseja el método siguiente, recomendado por el Dr. Meissner, de Berlín. Los ingredientes de la masa pilular de Bland, mezclados con aceite de hígado de bacalao, se encierran en una cápsula de gelatina. Al disolverse ésta en el estómago, el aceite evita que la preparación ferruginosa irrite la mucosa gástrica. El carbonato de hierro queda libre en estado naciente y el sulfato potásico que se forma contrarresta los efectos astringentes del preparado ferruginoso.—(*British Med. Journal*). — F. Toledo.

Las vasijas de cobre y la purificación del agua.—El Dr. A. H. Stewart dice que, así como el bacilo tífico que se encuentra en un agua parada acaba por sucumbir al cabo de mucho tiempo; cuando dicha agua se conserva en una vasija de cobre pulido y de paredes brillantes, se observa que el bacilo muere al cabo de una hora. En cambio, en vasijas de vidrio, estaño, esmalte, los bacilos disminuyen en número al cabo de unas horas, pero no acaban de desaparecer por completo.

De estos hechos se deduce que el cobre disuelto en estado coloideo ó sea en una proporción de 1 por 4.000.000, ejerce una influencia destructora sobre los bacilos, y que, por lo tanto, se pueden emplear muy bien las vasijas de cobre para purificar de gérmenes tíficos un agua sospechosa.

(*Amer. journ. of the med. sciences.*).—R. del Valle.

Un nuevo hemostático externo.—El Dr. Schœdel emplea como hemostático externo una pasta compuesta de tres partes de carbón vegetal y una de permanganato potásico, á cuya mezcla se agrega un 4 por 100 de vaselina. La pasta se altera fácilmente en contacto del aire, y conviene, por lo tanto, conservarla en tubos. Aplicada directamente sobre la superficie cruenta, limpia de coágulos, contiene en seguida la hemorragia. Debe dejarse aplicada hasta que se desprenda, lo que ocurre á las veinticuatro ó cuarenta y ocho horas.—(*Deutsche Med. Woch*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BASEDOW

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Médico numerario del Hospital de la Princesa, por oposición.

Nada más lógico que la asociación de los dos conceptos patogénico y terapéutico; sin un conocimiento, por lo menos aproximado, de la patogenia de las enfermedades, su terapéutica tiene que resignarse á ser, ó ciegamente empírica, ó modestamente sintomática. Realzan la evidencia de esta afirmación los mismos excepcionales y fortuítos aciertos que registra la historia de la Medicina: sin saber á ciencia cierta lo que es la sífilis, se viene curando por el mercurio; ignorándolo todo del paludismo, se empezó á combatir felizmente por la quinina; desconociendo la causa de la viruela, se acertó á prevenirla por la variolización primero, por la vacuna después; pero estas son las excepciones afortunadas, que por su no común prestigio se elevan sobre el nivel de los hechos vulgares y solicitan vivamente la atención, por su rareza misma; lo que no aparece tan patente, lo que no se proclama tanto, es la inacabable serie de tanteos infructuosos, de tentativas fallidas, de desgraciadas iniciativas que representan los estériles esfuerzos de la Terapéutica sin orientación, sin luz y sin guía, tratando de avanzar entre sombras, sin más apoyo que el de hipótesis vagas é infundadas.

En cambio, cuando la patogenia ha conseguido rasgar el velo del misterio, la ruta de la Terapéutica queda definida, y cualquiera que sean los obstáculos del camino, el rumbo es conocido. Podrá tardar años y años en llegar la aplicación práctica del concepto patogénico, pero es seguro que al fin ha de llegar. Medio siglo hace que Pas-

teur echó los cimientos de la Bacteriología: rápidos fueron los resultados prácticos en la Patología externa, y si en la interna se incurrió al principio en el pueril error de pretender combatir los agentes vivos en el seno del organismo, con las mismas substancias químicas que los destruyen *in vitro*, rectificada luego esta equivocada tendencia, se buscó el verdadero y eficaz antiséptico, el cuerpo bactericida y antitóxico en el mismo organismo animal, y Behring y Roux alcanzaron con el suero antidiftérico la primera brillante victoria en la lucha contra las infecciones internas. ¿Y quién duda que á este triunfo han de seguir otros? Hoy se previene el tétanos, el carbunclo, la fiebre tifoidea (Wright), el cólera, la peste, y está entablada la lucha contra la más terrible de las plagas humanas, contra la tuberculosis, con muy fundadas probabilidades de buen éxito, sin que los fracasos sufridos (fracasos relativos sólo algunos de ellos, pues la nueva tuberculina de Koch no parece en absoluto desprovista de valor terapéutico) hagan desesperar del triunfo final; al contrario, los últimos trabajos permiten creer que quizás muy pronto los abnegados é infatigables investigadores lleven á la clínica la valiosa creación del laboratorio.

Esta digresión por el campo de la patología infecciosa, justificado por ser ésta la de patogenia más precisa y mejor estudiada, prueba que sólo en la noción patogénica encuentra la terapéutica un guía seguro; por eso al ocuparme en este trabajo del tratamiento de una enfermedad importante por su frecuencia, por la gravedad de algunos de sus síntomas y por la rebeldía que hasta ahora ha mostrado á los medios curativos contra ella empleados, he de hacer previamente algunas consideraciones patogénicas, que han de ser la explicación y la base de los procedimientos terapéuticos. Como ejemplo práctico expondré un caso observado en la sala de Santa Lucía del Hospital de la Princesa, en el cual he ensayado varios medios de tratamiento, aunque por desgracia no todos los que yo hubiera deseado, pues causas ajenas á mi voluntad me han impedido completar la experimentación terapéutica. Comenzaré por la exposición del caso clínico, para luego referir á él todas las consideraciones que le sean aplicables.

Observación clínica. — J. S., de diecinueve años, de Madrid, soltera, sirviente.

Su padre murió de tuberculosis pulmonar y su madre de calenturas, á los cincuenta y dos años; se le ha muerto una hermana también de tuberculosis pulmonar, y dos hermanos ignora de qué.

Ella tuvo á los cinco años una pulmonía; ha padecido tres veces, á los doce, trece y quince una afección febril, que ella califica de tifoidea; consistían en fiebre continua por espacio de un mes aproximadamente, con dolor de cabeza y epistaxis. A raíz de la última de ellas comenzó, según dice, la enfermedad actual. Ha padecido también desde niña de frecuentes y fuertes catarros y de algunos dolores ligeros en brazos y piernas, que califica de reumáticos. La primera menstruación tuvo lugar á los quince años; después ha continuado siendo irregular, escasa (pues sólo dura un día), con dolores lumbares y faltando muchos meses. Ha sido la enferma siempre muy excitable y nerviosa, según sus propias manifestaciones.

Enfermedad actual. — Comenzó hace cuatro años, á continuación de la última de las tres afecciones febriles que dice haber padecido: ella atribuye su origen á un susto que le dieron sus compañeras de juego: la primera manifestación consistió en hinchazón de las piernas hasta las rodillas, palpitaciones y fatiga al hacer esfuerzos, por ligeros que fueran. La hinchazón de las piernas desapareció á los quince días, pero persistieron los demás síntomas, presentándose también dolores en las plantas de los piés y dolores profundos en las piernas, así como flojedad y temblor en las mismas y en las manos; al poco tiempo notó que se le quedaban estrechos los cuellos de los vestidos; tenía frecuentemente dolor de cabeza; por la tarde solía experimentar sensación de ardor, como brotes de calor ó llamaradas en la cara, que enrojecía vivamente. Ha tenido durante todo el curso de la enfermedad crisis de diarrea y alternativas bruscas de sudor, calor y frío. Ingresó en el Hospital de la Princesa el 7 de agosto de 1905.

Estado actual. — Mediano desarrollo físico, de regular estatura y delgada: la expresión del rostro es de ansiedad constante; mejillas encendidas, ojos abiertos, salientes, de mirada fija y brillante; cuello algo engrosado en su base (relativamente al grado de robustez de la enferma). La circunferencia del cuello, medida á 2 centímetros por debajo del borde inferior del cricoides, era de 30 centímetros (el día 20 de octubre); su contorno era uniformemente redondeado, estando borrados los relieves musculares y el hueco de la fosita supra-esternal; dolor vivo á la presión en la región infrahioidea, á nivel del tiroides. Apetito escaso y caprichoso; muy frecuentemente dolor de estómago después de las comidas, seguido de dolores agudos de vientre, acompañados de flatulencia, sensación de ardor y eructos agrios. A temporadas, crisis de diarrea que duran de cinco

á ocho días, haciendo cuatro ó seis deposiciones diarias. Hemorroidas, exacerbándose los dolores de vientre. Ligera aceleración respiratoria continua, sin verdadera disnea, pero por las noches aquélla se exagera, experimentando sensación de ahogo; en circunstancias normales cabe 22 inspiraciones por minuto; algunos golpes de tos seca, sobre todo después de las comidas. Murmullo vesicular de intensidad exagerada, de tipo pueril. Pulso moderadamente fuerte, 88 pulsaciones por minuto (variable, pues unos días sólo tiene 72 y otros llega á 90). Enérgico latido cardiaco, variando también su intensidad de una observación á otra, pero siendo siempre superior á la normal; el choque es extenso y fuertemente impulsivo, ocupando un área de unos 4 centímetros cuadrados en el cuarto y quinto espacios intercostales izquierdos, por debajo y por dentro de la mamila, sin rebasar hacia fuera la línea mamilar; el área de la macicez cardíaca total (absoluta y relativa) parece ligeramente aumentada hacia abajo (hasta el sexto espacio), pero no hacia la izquierda. Todos los ruidos cardíacos están reforzados, pero sobre todo el primero de la punta. Accesos de palpitaciones provocados por emociones y esfuerzos. Dolor precordial espontáneo y á la presión; hiperestesia exquisita de la piel de la región precordial. Inestabilidad vasomotora de la cara y extremidades, revelada por las rápidas alternativas de enrojecimiento y palidez, de frío y de calor. Orina muy abundante y clara, sin ningún componente anormal.

Sistema nervioso. — Sensación de flojedad en las piernas, más en la derecha; fuerza muscular en general muy escasa, pero sin parálisis ni siquiera paresias definidas. Temblor continuo, rápido, menudo, vibratorio, muy claramente perceptible en los dedos de las manos; sensación de calambre en las piernas, sobre todo cuando anda deprisa; otras veces se le aflojan súbitamente las piernas, doblándosele, habiendo sufrido algunas caídas por esta causa. Sensación de hormigueo y adormecimiento en las plantas de los piés cuando está mucho tiempo de pié. A temporadas, cefalalgia vespertina, de localización frontal, que se repite varios días y luego desaparece por algún tiempo. Zonas de hiperestesia en el vértice de la cabeza y en las regiones ováricas. Exoftalmía y dilatación de la abertura palpebral; presenta los signos de Græffe (asinergia de movimiento de descenso del globo ocular y del párpado superior éste no sigue á aquél), de Stellvag (rareza del parpadeo) y de Moebius (insuficiencia de la convergencia); reacciones pupilares muy vivas, intensas y rápidas; mirada fija y brillante; ligera hiperme

tropía. Zumbidos de oídos, sobre todo por la noche. Sueño intranquilo, entrecortado; da gritos mientras duerme. Propensión á reir ó llorar por la más fútil causa y á veces sin ella. Irritabilidad exagerada; extraordinaria emotividad; es muy susceptible, presumiendo que sus compañeras de sala se burlan continuamente de ella.

La enfermedad ha seguido un curso monótono, sin variaciones en lo esencial del cuadro clínico, repitiéndose con rítmica uniformidad los episodios de cefalalgia, palpitaciones, exageración del insomnio y diarrea, reparados por intervalos de relativa tranquilidad. Como resumen de la evolución al cabo de cinco meses de estancia en la clínica, puede afirmarse que en la fecha presente (fines de diciembre) no ha variado el hábito exterior ni los síntomas oculares; el abultamiento de la base del cuello ha aumentado algo, y sobre todo se han agravado los síntomas nerviosos, acentuándose más el temblor y la irritabilidad afectiva, así como las hiperestesias y los dolores de cabeza y de vientre (que alternan entre sí); en cambio, los síntomas del aparato circulatorio se han atenuado considerablemente; el latido cardíaco es menos intenso, siendo el área de impulsión precordial mucho más reducida; el número de pulsaciones varía entre 70 y 76, y la inestabilidad vasomotora es mucho menos pronunciada.

Un hecho de importancia es la aparición desde primeros de diciembre de un estado de agitación motora continua, lo mismo estando levantada que en el lecho, que se traduce en movimientos de todo el cuerpo, pero sobre todo de las piernas; estos movimientos son algo parecidos á los coréicos, pero se distinguen de ellos porque son más lentos, más pausados y más extensos, distinguiéndose á su vez de los atetósicos por su mayor viveza y soltura, faltando en ellos esa rigidez, ese esfuerzo sostenido que caracteriza á los últimos; un carácter interesante de esos movimientos es que tienen algo de rítmico, repitiéndose con cierta acompasada regularidad. Estando acostada la enferma, consisten principalmente en movimientos de extensión y flexión de las extremidades inferiores, y cuando está en pié, en avanzar y retroceder un paso alternativamente, balanceando á la vez el cuerpo en sentido anteroposterior. En suma: mejoría de los síntomas circulatorios, agravación de los nerviosos, inmutabilidad del estado general; he aquí el resultado de la comparación de su situación actual con la que presentaba cuando ingresó en el Hospital.

Diagnóstico.—La existencia de la tetrada sintomática, exoftalmía, bocio, hipertrofia cardíaca y temblor, hace pensar inmediatamente en la enfermedad de Basedow; confirman este diagnóstico las condiciones de la paciente, su hábito exterior, su emotividad, la inestabilidad vasomotora. Se consideran los cuatro síntomas que acabo de mencionar como los fundamentales de la enfermedad de Basedow, pero no es preciso que existan los cuatro para diagnosticar esta afección, siendo muy numerosas las formas incompletas en las que falta alguno ó algunos de aquéllos. En cambio, no basta la apreciación superficial de esos síntomas para resolver de plano el problema diagnóstico, sino que es preciso someterlos á un detenido examen, analizando sus caracteres en detalle.

En el caso presente dos de ellos son de una evidencia manifiesta, el temblor y el exoftalmos; los dos restantes son más obscuros y un tanto discutibles, por cuya razón es necesario estudiarlos minuciosamente.

La tumefacción del tiroides no es palpable, sólo se advierte en la base del cuello un vago y difuso aumento de volumen, apreciable, sobre todo, por la ausencia de la depresión supra-esternal, por una especie de empastamiento de toda la porción inferior anterior del cuello. A juzgar por las apariencias, ha de ser pequeño el aumento de volumen del tiroides, dado caso que exista, pero esto no es motivo para rechazar el diagnóstico de enfermedad de Basedow, pues aparte de que en esta afección no son raros los casos en que falta el bocio, por regla general no suele ser éste de gran tamaño; téngase en cuenta, por otra parte, la posibilidad de la existencia de un bocio profundo, de evolución hacia el interior del tórax, pues aunque en este caso faltan los signos de compresión de los órganos cervicales y mediastínicos (acaso pudiera considerarse como fenómeno de compresión la disnea que á veces experimenta la enferma), no debe olvidarse que tales bocios profundos permanecen en ocasiones latentes, siendo sorpresas de autopsia.

Respecto de los síntomas cardíacos de esta enferma, también deben hacerse ciertas reservas; la hipertrofia del corazón es muy dudosa, pues no se revela ni por la desviación del choque de la punta (que está sólo sustituído por el choque extenso de la pared anterior del corazón, pero conservando sus relaciones normales con la superficie torácica) ni por el aumento de la macicez cardíaca, pues la prolongación de la misma hacia abajo es tan ligera que no merece ser tenida en cuenta; más que hipertrofia cardíaca, propiamente di-

cha, hay un estado de eretismo del corazón, de excitación funcional del mismo que da lugar á la enérgica impulsión precordial (muy claramente perceptible cuando ingresó la enférma en el Hospital, aun por encima de la ropa de la cama), análoga á la que se observa en muchos individuos neurósicos, y, sobre todo, en ciertas formas de palpitaciones esenciales. Es decir, que si no se puede asegurar que esta enferma tiene *cuello grande*, tampoco se puede decir que tiene *corazón grande*.

La taquicardia no ha sido nunca muy pronunciada, pues rara vez ha llegado á 90 pulsaciones por minuto y en la actualidad no pasan de 75; por consiguiente, los síntomas circulatorios de la enfermedad de Basedow no se observan en esta enferma con toda su pureza clásica, y teniendo en cuenta que esos síntomas se consideran como uno de los más importantes y constantes fundamentos del diagnóstico de dicha afección, su falta de precisión en el caso presente obliga á una rigurosa estimación de todos los restantes componentes del cuadro clínico.

Los síntomas oculares son los clásicos de la enfermedad de Basedow: se aprecia en este caso la fijeza y brillantez características de la mirada, el aumento del tamaño aparente de los ojos, producido por la propulsión del globo ocular y por la dilatación de la abertura palpebral (¿función de las fibras lisas de los músculos palpebrales de Müller?); los tres signos de Græffe, de Stellvag y Mœbius existen en este caso, y, por último, la viveza de los reflejos pupilares no es más que un caso particular de la prontitud y exageración reaccional, tanto psíquica como somática, de la enferma, y encaja perfectamente dentro del cuadro de la enfermedad de Basedow. El temblor es también el clásico de esta afección, siendo, en mi opinión, el más típico de todos los síntomas de la enferma, pues todos sus caracteres concuerdan perfectamente con los del temblor basedowiano. Por fin, el estado mental de la enferma, su emotividad, su irritabilidad, la escasez é intranquilidad del sueño, el fácil desequilibrio vasomotor, las crisis de diarrea con dolores abdominales, las palpitaciones, las cefalalgias, son otros tantos argumentos que demuestran la exactitud del diagnóstico de enfermedad de Basedow. ¿Qué otra enfermedad podría dar cuenta de ese conjunto sintomático? Ninguna entre las que tienen lesiones orgánicas conocidas, por cuyo motivo habría que echarse á buscarlas en el campo vago de las afecciones funcionales, rico en conceptos indefinidos y elásticos. Cierto que considerando aisladamente los síntomas cardíacos, pu-

diera hacerse el diagnóstico de *palpitaciones esenciales*, pero aparte de lo impreciso de esta denominación, ¿cómo explicarse los restantes síntomas, el temblor, los fenómenos oculares, el aumento de volumen de la región tiroidea? Fuera de la enfermedad de Basedow sólo hay una afección á la que pudieran achacarse todos esos síntomas, pues sus manifestaciones son tan variadas, que *a priori* nada puede considerarse ajeno á ella; me refiero al histerismo. ¿Podría calificarse el caso clínico que he historiado diciendo que se trata de una histérica con palpitaciones cardíacas? En manera alguna, y voy á demostrarlo cumplidamente: el histerismo produce síntomas oculares muy variados, pero no en el síndrome constituído por el exoftalmos, la dilatación de la abertura palpebral y los signos de Græffe, Stellvag y Mœbius, porque ese síndrome es patrimonio de la enfermedad de Basedow. El histerismo da lugar á muy diversas variedades de temblor, pero el temblor menudo rápido, como una vibración ó una palpitación, sobre todo apreciable en los dedos de las manos, ese no es un temblor histérico, porque es el temblor típicamente basedowiano.

Finalmente, el estado mental es también muy diferente en una y otra afección, porque las histéricas son aparatosas, bulliciosas, teatrales, llamativas en todas sus manifestaciones, mientras que las basedowianas son tímidas, reconcentradas, silenciosas, siempre emocionadas, pero siempre reprimiendo sus afectos, que sólo se revelan por los arrebatos á la cara, por la exageración del temblor, por las angustiosas palpitaciones cardíacas. No es, pues, esta enferma una histérica con palpitaciones, pero tampoco es simplemente una basedowiana, sino que es, además, una histérica. De histérica tiene las zonas de hiperestesia infrahioidea, en el vértice de la cabeza y en las regiones precordial y ováricas, algunos rasgos del estado mental (obscurecidos desde luego por los caracteres basedowianos predominantes), como, por ejemplo, una fácil susceptibilidad, y acaso la agitación motora que últimamente se ha manifestado, esos movimientos acompasados de las extremidades inferiores más lentos y monótonos que los coréicos, más rápidos y sueltos que los atetósicos, y que muy bien pudieran calificarse de corea rítmico histérico. Nada de extraordinario tiene esta asociación del bocio exoftálmico y del histerismo: al contrario, es conocida de antiguo la frecuencia de esta combinación, justificada por las condiciones individuales de los enfermos y acaso también porque el bocio exoftálmico actúe como agente provocador del histerismo.

En resumen, creo que en el caso que he historiado se trata de una enfermedad de Basedow en una muchacha histérica.

El pronóstico se deduce directamente del diagnóstico, con algunas correcciones impuestas por las condiciones particulares del caso. La curación de la enfermedad de Basedow es muy problemática: en los casos de pretendida curación se han observado recidivas, lo que prueba que más bien que de curación verdadera se trataba de remisiones con cesación de las manifestaciones aparentes (Bradford, *in Allchin's Manual of Medicine*, vol. II).

En los casos más favorables, mejoran los síntomas principales y se suspende la marcha progresiva de la enfermedad. La mortalidad asciende al 25 por 100 (Mackenzie), sobreviniendo la muerte por astenia (agotamiento nervioso, palpitaciones), por manía aguda, á veces súbitamente en casos al parecer ligeros (Bradford) ó por una enfermedad intercurrente, de la que la más frecuente es la tuberculosis pulmonar, á la que parecen ofrecer un terreno propicio los basedowianos. Los trastornos circulatorios parecen tener un pronóstico particularmente sombrío. En el caso actual estas perturbaciones circulatorias son afortunadamente ligeras, habiendo obedecido muy fácilmente al tratamiento, pero en cambio parece que apunta el peligro por el lado de las manifestaciones nerviosas, por la agitación incesante y de intensidad creciente que amenaza con agotar las escasas energías de la enferma.

Tratamiento. — Los medios terapéuticos empleados pueden agruparse en dos categorías, patogénicos y sintomáticos: en el primer concepto se han prescrito la tiroidina y la faradización del simpático cervical: mi deseo hubiera sido que esta terapéutica patogénica hubiera utilizado algunos otros medios de los varios que más adelante indicaré, pero causas superiores á mi voluntad me han obligado á reducir los ensayos á los dos agentes mencionados: empleo la tiroidina en forma de tabletas, preparadas por Burroungs, Wellcome, & C.ª: como son muy contradictorios los datos que la casuística registra á propósito de la acción de la medicación tiroidea en el bocio exoftálmico, siendo la opinión general más bien contraria á su empleo, comencé á administrarla muy prudentemente, á la dosis de una tableta diaria, hasta que convencido de que, lejos de producir efectos nocivos, determinaba una sedación de algunos síntomas, elevé la dosis á dos, y más tarde á tres tabletas diarias. El beneficioso efecto de la tiroidina se ha hecho sentir, especialmente sobre los trastornos del aparato circulatorio, y en ellas incluyo á

las crisis diarréicas, que racionalmente deben considerarse como producidas por alteraciones vasomotoras intestinales. Mi creencia de que á la tiroidina se debe la mejoría de los síntomas cardiovasculares, se funda en el hecho comprobado en tres ocasiones sucesivas, de que con su administración se aliviaron notablemente aquéllas, agravándose al cesar de emplearla, sin hacer ninguna otra alteración en el plan terapéutico. Se prescribió la tiroidina la primera vez desde mediados de agosto hasta mediados de septiembre, luego durante todo el mes de octubre, y por fin, desde el 5 de diciembre hasta el 5 de enero: lo mismo en octubre que en diciembre, la vuelta á la medicación tiroides fué impuesta por la agravación de los síntomas circulatorios: á los pocos días de emplearla se veía calmarse el eretismo cardíaco, siendo sustituídas las violentas palpitaciones por un latido reposado, y paralelamente se atenuaban la taquicardia y la inestabilidad vasomotora (ésta en grado menor que las otras manifestaciones). En cambio, la tiroidina no ha ejercido acción alguna ostensible, ni favorable ni adversa sobre los síntomas nerviosos. No pretendo deducir de los resultados obtenidos en este caso, la conclusión general de que la tiroidina ha de ser siempre eficaz para combatir ciertos síntomas de la enfermedad de Basedow: me limito á hacer constar los hechos, insistiendo sobre ellos, pues tienen importancia bajo el punto de vista patogénico, según demostraré en breve.

El tratamiento eléctrico comenzó á aplicarse á mediados de octubre: ha consistido en sesiones bisemanales de cinco minutos de duración cada una, utilizándose una corriente farádica débil, aplicada á lo largo del trayecto del simpático cervical. No se ha conseguido resultado alguno aparente, ni en pro ni en contra.

El tratamiento sintomático ha sido en apariencia muy variado, pero uniforme en el fondo, reduciéndose al empleo de los diversos agentes de la medicación sedante del sistema nervioso: opiáceos para combatir la diarrea, pociones de bromuro potásico y de cloral para vencer el insomnio, antipirina, exalgina, fenacetina para calmar la cefalalgia; belladona, últimamente, para mitigar la agitación motora: tales han sido los recursos utilizados, según las alternativas sintomáticas los exigían.

Siguiendo el programa que al comienzo de este trabajo me he trazado, he de ocuparme ahora de la patogenia del bocio exoftálmico, como preliminar indispensable al estudio de su tratamiento.

Han pasado á la historia las opiniones que hacía del bocio ex-

oftálmico una enfermedad del corazón (Graves, Stockes) ó una consecuencia de la compresión mecánica ejercida por el tiroides tumefacto sobre los órganos vecinos (Piorry); en particular, esta última opinión no puede aspirar á lo sumo más que á la explicación de los síntomas, dejando sin interpretación el hecho del aumento de volumen del tiroides; pero ni siquiera consigue aclarar satisfactoriamente la génesis de los síntomas, porque si éstos son debidos á la compresión, ¿por qué se presentan en la enfermedad de Basedow, en la que el abultamiento del tiroides es tan escaso en general y faltan en cambio en casos de bocio enorme, no basedowiano? En cuanto á la teoría cardíaca, se basa en la existencia de lesiones del corazón, observadas en algunas autopsias, pero estas lesiones no son constantes ni mucho menos, y son de naturaleza muy variada: la más frecuente es la hipertrofia, que debe lógicamente considerarse como consecuencia de la sobreactividad funcional del corazón, es decir, que es el efecto, no la causa de la enfermedad.

Quedan dos teorías que aspiran á esclarecer la patogenia de la enfermedad de Basedow; mejor fuera decir que quedaban hace pocos años, pues en la actualidad todo el terreno perdido por una de ellas, por la teoría nerviosa, lo ha ganado la otra, á la cual le falta muy poco para ser unánimemente admitida como la única satisfactoria y convincente.

La teoría nerviosa hace de la enfermedad de Basedow una afección primitiva del sistema nervioso, pero dentro de ella y coincidiendo en este concepto fundamental, hay gran disparidad de opiniones respecto de cuál es la categoría, de las varias en que se distribuyen las neuropatías, en que debe incluirse esta enfermedad. En general, y aplazando para después la discusión de esos pareceres en detalle, la teoría nerviosa es muy defendible en el terreno clínico, pues el aspecto y los síntomas de los enfermos basedowianos son genuínamente neuropáticos; la mayoría de las manifestaciones pueden, sin gran esfuerzo lógico, considerarse como de abolengo nervioso, y aun las mismas alteraciones del tiroides pudieran subordinarse á una influencia nerviosa. Examinando el conjunto sintomático del bocio exoftálmico, fácilmente se advierte que el sistema nervioso aparece alterado en todas sus funciones, desde las mentales hasta las vasomotoras. Esto es innegable, y como también lo es la alteración del tiroides, así como la constante relación de ésta y de los síntomas nerviosos, todo el problema patogénico se reduce á una cuestión de prioridad: ¿Cuál es el trastorno primitivo, el del sis-

tema nervioso ó el de la glándula tiroides? Contestar á esta pregunta es decidir la patogenia de la enfermedad que me ocupa, y ya veremos más adelante que la respuesta va siendo cada vez más terminante.

(*Concluirá*).

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR D. RAFAEL DEL VALLE Y ALDABALDE

Médico, por oposición, del Hospital Provincial. Madrid.

I. Diagnóstico especial de las enfermedades internas, por G. V. Leube, traducido del alemán y anotado por los Dres. F. de La Riva y M. González Tánago. Dos tomos de 556 y 691 páginas respectivamente. Madrid.

II. Diagnóstico de la apendicitis, por el Dr. Mauricio Auvray, versión hecha por el Dr. Gonzalo Aróstegui. Folleto de 45 páginas. Habana, 1904.

III. Schiller's Beziehungen zur Medizin (Relaciones de Schiller con la Medicina), por el Dr. Max Neuburger. Tirada aparte del *Wiener Klinische Wochenschrift*, de 28 páginas. Viena y Leipzick.

I

De nuevo tenemos que presentar á nuestros lectores el notable Tratado del Dr. Leube, cuya segunda edición española, á causa de la prematura y muy sentida muerte del Dr. La Riva, aparece ahora traducida también por el Dr. González Tánago.

En la actual edición, que corresponde á la sexta alemana, el autor se ha esmerado en mantenerla al corriente de las últimas adquisiciones realizadas en el diagnóstico especial de las enfermedades internas, y muy especialmente en lo relativo á las enfermedades del sistema nervioso, que van precedidas de un notable capítulo de «Consideraciones anatomo fisiológicas», muy digno de ser leído. También ha introducido el Dr. Leube notables mejoras, como resultado de las investigaciones modernas, referentes á los asuntos respectivos, en el estudio de las enfermedades de la sangre, de las de la nutrición y de las infecciosas.

La obra, como ya he dicho al juzgar la edición anterior, es más de consulta que de estudio cotidiano; pero, en tal concepto, muy útil, y por la favorable acogida que le han dispensado, se ve que

así lo han juzgado también, sin duda alguna, lo mismo el público médico alemán que el español.

De la traduccion nada diré, pues sería repetir lo ya manifestado cuando apareció el Leube por primera vez en idioma castellano; en general, es correcta, aunque á veces quizá un poco obscura. Lo que sí no quiero dejar de hacer constar es que, para la mejor inteligencia del texto, en los capítulos en que aparece ilustrado con figuras sería conveniente que en ediciones sucesivas tuvieran todas su explicación respectiva en castellano, como ya sucede en algunas de ellas.

II

En realidad nos ocupamos todos mucho más del tratamiento que del diagnóstico de la apendicitis, á diferencia de lo que ocurre con otras enfermedades, v. gr., las del sistema nervioso. Y, sin embargo, no siempre es tarea tan fácil como pudiera parecer, en vista de lo dicho, el diagnosticar la apendicitis, pues si hay casos de esta enfermedad que aun hoy, en que es tan conocida, pasan inadvertidos, también los hay, por el contrario, de falsas apendicitis en los que el error puede tener gran trascendencia, por cuanto induce á intervenir hasta con la operación que, además de arriesgada resulta inútil en semejantes casos.

El autor de este opúsculo, que el Dr. Aróstegui ha traducido muy correctamente por cierto, estudia en él, con bastante detención, las distintas afecciones que pueden simular la apendicitis ó enmascararla si la acompañan, y también los casos en que la apendicitis por sí sola es de difícil diagnóstico.

El folleto llega á su tiempo, y tanto por esto como por estar escrito con conocimiento del asunto que trata, merece ser leído, y sobre todo consultado, en los casos obscuros y difíciles.

III

En este folleto, que también vió la luz pública en forma de artículos en el *Semanario clínico de Viena*, como reproducción de una Conferencia dada por el reputado médico é historiador, el Dr. Neuburger, en la Sociedad Imperial y Real de los médicos de dicha capital, el autor evoca el recuerdo de la vida del insigne Schiller, de sus estudios de Derecho y de Medicina, de su actividad profesional, principalmente como médico de regimiento, y de la lucha que hubo de sostener su espíritu entre sus idealismo y estro poético, que habían de llevarle á

ocupar uno de los primeros puestos en la Historia de la literatura, y las exigencias de la profesión que por circunstancias de la vida se veía obligado á ejercer.

Y como las cosas caen del lado de que se inclinan, relata también el autor cómo el ilustre Schiller acabó al fin por abandonar á Esculapio y entregarse á Apolo, con lo cual, si la Medicina perdió un adepto que al parecer no llevaba camino de eclipsar á Hipócrates, la Poesía ganó uno de sus más eminentes é inspirados intérpretes.

Felicitamos al Dr. Neuburger por su notable Conferencia, que hemos leído con verdadera delectación.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 10 de Marzo de 1906.

Tratamiento de algunas infecciones de origen intestinal.—El Dr. *Slocker* dice que á fin de evitar interpretaciones erróneas, que bien pudieran depender de omisiones por su parte al hacer oralmente las rectificaciones en el transcurso de la discusión motivada por la comunicación que tuvo el honor de exponer anteriormente, ha de manifestar, en concepto de final rectificación, que las investigaciones que hace tiempo viene realizando el doctor Durán y Cottes en el Hospital del Cerro del Pimiento le han conducido á encontrar siempre, en los enfermos de tifus exantemático, un diplococo en la sangre y en la orina, y en la generalidad de los casos también en las heces, dándole á este germen el carácter de determinante del proceso, aunque, como es natural, considere como enfermos de tifus exantemático de forma atípica, desde el punto de vista clínico, á todos aquellos que, sin presentar un cuadro tipo del proceso, el análisis bacteriológico de la sangre, de la orina y de las heces demuestra la presencia del diplococo. Ahora bien, si el citado diplococo es la causa de la infección, como dice el doctor Durán, es evidente que un suero obtenido de un animal inmunizado con dicho germen sería específico para ellos. Cree que así lo comprenderán todos, por escasa atención que hayan prestado al estudio de lo que es un suero específico, conforme expuso concisamente en la última sesión, y entiéndase bien, dice, que en los enfermos en que se ha empleado el suero Durán (como en el caso que citó el primer día), el diagnóstico bacteriológico del proceso ha precedido al uso del suero, habiendo sido negativo el resultado en el sen-

tido de tratarse de un proceso eberthiano ó paratífico, y en cambio se comprobó la existencia en la sangre del diplococo; por consiguiente, se trataba de un proceso único en el sentido etiológico, y el suero para él era específico. Conviene esta aclaración tanto más cuanto que el Dr. Iglesias, al manifestar que con el suero Durán se habían tratado distintos procesos, parece acusar de ligereza á los Dres. Mariani y Durán y al disertante, porque tenga por bien seguro, añade, que á ninguno de los tres se nos ocurre someter á un suero específico nuevo á enfermos cuyo diagnóstico no se haya precisado, y al hacer aplicación del suero á estos enfermos se ha procedido pensando *a priori* en la acción beneficiosa, científicamente reconocida, de los sueros específicos aun por aquellos médicos que se muestran refractarios á la bacteriología y á la seroterapia.

Además, en el caso de infección que expuso estuvieron de acuerdo con su diagnóstico clínico previo otros dos compañeros que vieron á la enferma en consulta, de modo que no cabe pensar tampoco que su diagnóstico fuera erróneo y se tratase de uno de esos casos de gripe á que el Dr. Iglesias se refería, como de ser los dominantes y casi únicos existentes, de no ser fiebre tifoidea.

Para terminar dice, que su comunicación ha sido informada por los siguientes motivos:

1.° Presentar un caso de infección que clínicamente no era fiebre tifoidea, ni paratífica, ni gripal, ni recurrente.

2.° Que en conjunto correspondía á otros muchos observados por él hace tiempo.

3.° Que bacteriológicamente no era tampoco fiebre tifoidea, por no encontrarse el bacilo de Eberth en la sangre, en las heces, ni en la orina, ni dar serorreacción positiva.

4.° Que clínicamente presentaba los caracteres de la infección atípica de tifus exantemático estudiada por el Dr. Durán Cottes.

5.° Que bacteriológicamente considerado, era debido al diplococo del Dr. Durán.

6.° Que fué tratado por un suero específico, en su concepto, con evidente acción beneficiosa para el enfermo.

7.° Que el diagnóstico bacteriológico de los otros casos que incidentalmente expuso como de tipos no ajustados á los de fiebre tifoidea, paratifus, etc., tenían la garantía de haberse realizado su estudio de laboratorio por persona tan competente como el Dr. Martín Salazar, profesor de la Academia Médico-Militar y del Instituto Militar de Higiene.

El Dr. *Iglesias* dice que no había oído que en el análisis bacteriológico referente al caso presentado por el Dr. Slocker en su comunicación se hubiera encontrado el diplococo, y que le parecía que podía tratarse de una fiebre gripal de las que con frecuencia se presentaron el invierno último, y de las cuales había observado bastantes que curaron sin necesidad de acudir al suero artificial ni al orgánico normal.

Que el asunto está en período de investigación, y que el referido caso del Dr. Slocker no tiene nada de concluyente, porque se empleó el suero cuando la enfermedad llevaba ya ocho ó diez días de duración, siendo lo cierto que la temperatura sólo descendió unas décimas, y que la enferme-

dad siguió su curso, pareciéndole que los efectos del suero Durán Cottes en el segundo de los casos expuestos por el Dr. Mariani tampoco ofrece las garantías indispensables para que pueda recomendarse su empleo en casos como el presente, y que la Academia, para formar juicio, necesita datos más amplios, toda vez que se trata de enfermedades cíclicas que pueden terminar en el tiempo ordinario, á pesar de emplear éstos ó los otros modificadores.

Que es, pues, necesario determinar la verdadera naturaleza de las enfermedades en que el suero se aplique de modo que no ofrezca duda que se trata de un padecimiento producido por ese diplococo, y en segundo lugar, es necesaria una nota más amplia de la preparación del suero y de los efectos fisiológicos y terapéuticos de dicho modificador.

El Dr. *Mariani* se muestra conforme con el Dr. Iglesias, y hasta que la Academia no conozca los trabajos del Dr. Durán Cottes, no puede formar juicio acerca del asunto que se discute.

Que el suero Durán debe emplearse en aquellas fiebres que tienen como característica el diplococo y no en las que tienen como característica el eberthiano y en las paratíficas, que no son el tifus exantemático, pero que se parecen á él y tienen el diplococo, es decir, un conjunto de fiebres en que el médico duda de si se trata de una fiebre del carácter del tifus exantemático ó de la fiebre tifoidea.

Que los casos expuestos son pocos para juzgar del efecto terapéutico del suero, pero que en el primero de los que él había presentado, tanto en su opinión como en la de los demás compañeros que habían visto al enfermo, estaban convencidos de que los satisfactorios resultados obtenidos se debían al suero; que en el caso de la enferma que aún estaba en el hospital, no se había obtenido un efecto positivo.

Que el suero Durán es específico y se prepara como corresponde á tal patogenia. Respecto á la difteria y al suero antidiftérico, sostuvo que en la época presente se observan casos gravísimos de dicha enfermedad; que dicho suero yugula el padecimiento, y que las parálisis diftéricas son ahora menos graves que antes.

Respecto al Dr. Alonso Sañudo, que al ocuparse en la sesión anterior del suero antidiftérico había dicho que la difteria es ahora menos grave que antes, expuso que no es que sea en realidad más benigna, sino que hoy se cuenta con el suero, cuya acción antitóxica no admite discusión.

Que tampoco estaba conforme con la idea que en aquella ocasión había expuesto el Dr. Sañudo de que el suero de Roux produce parálisis cardíacas, toda vez que él las había observado antes de existir el suero; que lo más que éste produce son eritemas, y que las referidas parálisis se presentan en otras enfermedades infecciosas, como la gripe.

El Dr. *Alonso Sañudo* manifiesta que existe una diferencia extraordinaria entre las antiguas epidemias de difteria y las actuales, aunque esto no significa que no sea una enfermedad terrible, pero que ocurre con ello lo que con la peste bubónica y otras enfermedades epidémicas, cuya intensidad es hoy menor merced á los adelantos de la higiene, sin que esto signifique que dude de los buenos efectos del suero antidiftérico, que es cosa ya por todos juzgada.

Que respecto á las parálisis cardíacas, lo que había manifestado en la sesión anterior se refería á las consideraciones que había hecho hablando de los sueros en general, á las cuales aludía cuando afirmó que si fuese antitóxico el suero antidiftérico, una vez curado de la intoxicación el enfermo, no debía sucumbir á la parálisis cardíaca, pues que de ser dicho suero de gran poder antitóxico, no debieran jamás sobrevenir las neuritis tóxicas. Ruega al Dr. Carracido, peritísimo en asuntos bioquímicos, que exponga algo referente á los sueros y su composición.

El Dr. *Carracido* dice que la composición química de los sueros es hoy una incógnita como la de la composición química de las tinturas en el siglo XVIII.

Los sueros pueden dividirse en dos grupos : 1.°, antitóxicos ; y 2.°, aglutinantes y citolíticos.

La presencia en los organismos de toxinas alcalóidicas parece determinar la producción de otros principios alcalóidicos de acción antagónica. Esto se observa en los vegetales, pudiendo citarse como ejemplo el jaborandi, en el cual coexisten la pilocarpina y la jaborina, cuyas acciones fisiológicas son antitéticas. Este antagonismo puede provenir del fraccionamiento de las grandes moléculas generadoras de los alcaloides, el cual se efectúa separándose grupos diferentes, cuyas acciones se compensan cuando obran conjuntamente.

En los sueros aglutinantes y citolíticos se admite la existencia de dos agentes : las aglutininas ó precipitinas y las alexinas.

Las últimas, que son las que realizan la disolución de las materias previamente aglutinadas, existen en todos los sueros independientemente de la inmunización, y se supone que en todos son iguales.

Las primeras sólo existen en los sueros de los animales inmunizados, y su acción es específica ; sólo aglutinan la materia para la cual está inmunizado el animal.

Conocida es la función defensora de los leucocitos, y sabido es que dicha función se reduce en último término á un proceso digestivo.

Hoy se sostiene que en la digestión que transforma las materias albuminoideas en peptonas, hay siempre una primera fase de coagulación sin la cual la peptonización no se efectúa. No sólo la caseína es la coagulada por el fermento lab ó caseasa, sino que lo son también todas las materias protéicas que no sean insolubles, produciendo las hoy llamadas *plasteínas* y también *coagulasas*, aunque la producción de éstas no sea tan perceptible como la del coágulo de la caseína. Dada la acción específica del fermento lab, es lógico suponer, en vista de los magnos estudios de Pavlow sobre el trabajo de las glándulas digestivas, que sea también específica la de los agentes coagulantes de cada una de las materias protéicas, y así podrá explicarse la acción específica de cada una de las aglutininas segregadas por los leucocitos y recogidas por el suero como consecuencia del proceso digestivo á que se reduce en último término el fagocitismo de los leucocitos.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 5 de Marzo de 1906.

Eructación por aerofagia inconsciente. — El Dr. *González Campo* presenta un individuo de veinticinco años, neurasténico, que hace diecinueve meses padece la cuarta dispepsia de esta naturaleza, y que tiene en realidad, sin marcada relación con el estado de plenitud del estómago, series de eructos ruidosos que le molestan mucho y que se producen también siempre que se ejerce por él ó por otra persona una ligera presión hacia la mitad izquierda de la región epigástrica superior y supramamilar del lado dicho. El acto consta de dos tiempos: *a* ruido poco intenso producido cuando el paciente cierra la boca, dirige el mentón hacia adelante y eleva su laringe, y *b*) separado de este por dos ó tres segundos, en que los gases salen ruidosamente al exterior; el primero corresponde á un acto de deglución aérea, y el segundo, á la verdadera eructación, siendo necesario para que ésta se produzca que aquélla la preceda. La prueba la tenemos mandando al individuo, en plena serie de eructos, abrir la boca en el mismo instante; como la deglución no puede verificarse, cesa la eructación. Es un síntoma frecuente en gastropáticos neurósicos. Auscultando al paciente á la izquierda del *xifoides*, óyese el ruido del aire al franquear el cardias y después el de su salida; algunos enfermos necesitan hacer varias deglaciones para que tenga lugar el eructo. A esto es á lo que Bouveret denominó aereofagia, atribuyéndolo á neurosis faríngea.

La llegada del aire al estómago obedece, para algunos, á dos mecanismos distintos: aspiración, que es discutible y no está demostrada, y deglución, que puede ser clara y evidente ó estar enmascarada por realizarse sin ruido ó acompañando á la ingestión de alimentos, de bebidas ó de la propia saliva, que tiene cerca de la cuarta parte de su volumen de aire. Al llegar éste al estómago, el órgano puede retenerle ó desembarazarse de él por eructación ó paso al intestino.

Los médicos generales suelen referirlo á la dispepsia flatulenta admitida en épocas no remotas.

En el estómago sano existen gases, pudiéndose reconocer el O, el N, el CO_2 y muchas veces el H. En las alteraciones digestivas es donde se encuentra más fácilmente el último, así como el hidrógeno sulfurado, el protocarbonado ó formeno y el bicarbonado ó etileno. Su tensión normal en el cardias es de 6 á 8 centímetros de agua, pudiendo llegar á 50 en el píloro. Al aumentar la tensión el órgano se distiende, si bien esto puede ocurrir disminuyendo el tono muscular; lo primero sucede al introducir substancias gasíferas ó en la fermentación de los ingesta.

Tres teorías se disputan el origen de los gases gástricos: de la fermentación, de la exhalación y de la aereofagia. La primera data de Hipócrates: jamás los alimentos que fermentan pueden engendrar tanto gas como se expulsa en algunos casos; el análisis prueba que está constituído casi totalmente por aire atmosférico; la fermentación no se realiza en estómagos que no padezcan algo que determine retención. La segunda es hipotética,

basándose en un dato experimental erróneo: Magendie circunscribía entre dos ligaduras un asa intestinal viendo que se distendía por el gas, pero Brinton objetó á este experimento que el intestino contenía restos de feculentos que fermentando producían gas; éste no es nunca considerable. La tercera está hoy bien demostrada. Mathieu atribuye á la deglución la eructación que llama en salva, en serie algo prolongada, pero Soupault cree que aun la más ligera es imposible sin deglución de aire. Cree el exponente que este criterio tan absoluto no puede aceptarse, admitiendo el de Mathieu.

La eructación puede ser de dos maneras: una eventual, de cantidades cortas, discreta, casi fisiológica, y otra accesional, en serie, con ó sin relación aparente con la ingestión de alimentos. La primera es siempre involuntaria; la segunda sigue á aereofagia voluntaria, que puede ser consciente ó inconsciente. La consciente es fácil para muchos y la han utilizado los simuladores; en la inconsciente puede seguir á deglución no ruidosa, costando entonces trabajo reconocerla. Mathieu cita el caso de un notario que sufría 5 á 6.000 eructos diarios, y Frenkel refiere un caso de Kulchenko: un sujeto con 180 accesos por hora, 1.440 degluciones y 540 eructos. Bardet ha recogido en pocas horas más de 200 litros de aire.

Estos enfermos son más neuróticos que gastropáticos: sienten malestar gástrico que achacan á exceso de gas, y que obedece á hiperestesia de la mucosa por la extensión fisiológica del órgano después de la comida, y pretenden expulsarlo por esfuerzo que acaban produciendo ingestión inconsciente de aire, al eructar quedan convencidos de que su estómago alojaba aquel gas, por lo que repiten los esfuerzos hasta hacerse la aereofagia frecuente y espasmódica. Se han admitido varias formas clínicas, que pueden reducirse á dos: leve y grave, observándose en neuróticos con trastornos gástricos funcionales insignificantes ó con lesiones de importancia.

Mathieu y Jollet presentaron á la Sociedad Médica de los Hospitales de París, un caso de aereofagia que llamaron *á déclauchement* (á resorte), análogo al presentado aquí, en que se produce el acceso por presión sobre un punto del cuerpo ó zona eructógena, variable en cada enfermo.

Para la aereofagia hay que admitir una predisposición especial que no se sabe en qué consiste, y que pudiera radicar en laxitud del cardias.

Muchos aerofágicos son fóbicos; tiene la fobia de los gases comunmente asociada á otras, como el traído aquí.

Aubert, de Lyon, dice que algunos pueblos orientales (chinos y árabes), y en Europa los españoles, después de un banquete, demuestran eructando su agradecimiento al anfitrión. Protestamos contra este supuesto, pues si aisladamente algún español comete tales groserías por incultura, incultos y desconocedores de la urbanidad existen en todas las naciones.

Chatin y Tremblay han demostrado gráficamente que el eructo empieza con convulsión del diafragma, descenso de la prensa abdominal y dilatación torácica, que produce la del esófago y del cardias; luego se contrae la pared del abdomen, haciéndose una expiración forzada que comprime el esófago y el estómago.

Los aereófagos hacen la deglución automática, sin que en ella intervenga la atención, por lo que el acto resulta en cierto modo reflejo. En muchos

neurópatas se convierte en un tic, llenando las tres condiciones que se exigen á éstos para que se les considere como tales: deseo vehemente é imperioso de ejecutarlo, realización y consecutiva euforia.

El tratamiento suele ser sencillo: basta hacer ver á los enfermos en qué consisten sus eructos, mandándoles abrir bien la boca cuando vayan á eructar, en cuyo caso el acto suele ser imposible, para que se convenzan de que al eructo precede la deglución, con lo cual cesan de deglutir, y empleando al mismo tiempo los medios oportunos para moderar la excitabilidad general y la local. En casos excepcionales puede haber necesidad de apelar á otros recursos, entre los que se cuentan los diversos medios de ingestión, recomendándose, como último extremo, el aislamiento.

El Dr. *Yagüe* celebra mucho que el caso presentado pueda servir para discutir la aereofagia, y considera que por ello tiene más importancia de la que con gran modestia ha querido concederle el Dr. González Campo.

Cree indispensable esta discusión por la importancia extraordinaria y la extensión excesiva que se va dando á la aereofagia, quizás por el cariño desmedido de los que de ella se ocupan y con daño muy posible de su estima clínica, pues la no comprobación de las afirmaciones exageradas puede llevar á menosprecio excesivo é injusto de la especie patológica.

Asombra, en efecto, leer la cifra enorme de aereofágicos que señalan algunos autores, y así Mathieu, que es hasta ahora quien mejor la ha tratado en un artículo hecho para los *Archivos* del Dr. Boas, afirma que sobre 1.800 enfermos de estómago de su consulta particular, ha tenido ocasión de encontrarla en 104, existiendo, por tanto, en un 5 á 6 por 100 del total de gastropatías. Y esto, si es verdad para los franceses, no lo es para los españoles, puesto que entre un número mucho mayor de enfermos observados en las distintas consultas de la especialidad á que por razones diversas concurre, no ha tenido ocasión de ver más que tres casos de aereofagia verdadera, el último de los cuales, por cierto, le tenía citado para presentarle esta misma noche á la Academia.

Claro que si se incluye en la aereofagia todo enfermo que eructa, la cifra se eleva, aunque de modo considerable é injusto. Pero las más de las veces se trata de sujetos neurópatas que ejecutan el acto voluntariamente, al principio para expulsar los gases que tienen ó creen tener en su estómago y por gradación insensible hasta hacerlo habitualmente y sin voluntad de efectuarlo, y en ellos las crisis son al principio completamente voluntarias y después menos voluntarias, pero conscientes; de aquí la posibilidad de suspenderlas por el mandato, por la educación ante el espejo ó impidiendo que cierren la boca, como sucedía en el caso motivo de esta comunicación.

Pero éstos no son en realidad aereofágicos por enfermedad, sino por aberración ó perversión, y de aquí que no pueda considerárseles como aereofágicos puros y primitivos, sino como falsos aereofágicos, secundarios, casi siempre, á otras gastropatías.

Son bien distintos de ellos aquellos otros en que la deglución es violenta, absolutamente involuntaria, y por tanto incapaz de cesar por el mandato, por convencimiento del enfermo, demostrándole ante un espejo que el eructo es consecutivo á sus movimientos de ingestión aérea, ni por la abertura constante de la boca; grupo de enfermos muy limitado y único

al cual cree que le corresponde con exactitud el nombre de aereofágicos verdaderos.

A él pertenecía la enferma que había de venir aquí esta noche y otra que acaba de tratar, mujer joven, campesina, en quien la deglución continuaba á pesar de llevar constantemente un corcho grande entre las arcadas dentarias, y en la cual la ingestión del aire era tan involuntaria, que se hacía aun con el esofagoscopio introducido, como pudo notar el doctor Tapia: curando con antiespasmódicos y la ayuda de este recurso, susceptible de beneficiarla por extraordinario siendo histérica y sin riesgo de perjuicio alguno, sin que su aereofagia tuviera relación con ninguna dispepsia química, porque el análisis del recogido gástrico demostró que era normal su quimismo.

Hay otro grupo de eructaciones que pudiera, por abuso, incluirse en la aereofagia: son las que tienen lugar en las histéricas con crisis meteóricas rápidas, emocionales ó injustificadas, que terminan por los eructos, que por lo grandes, bruscos y sonoros han sido denominados en salva, y las cuales no pueden ser confundidas con la aereofagia porque está bien probado que no se acompañan de deglución alguna de aire.

En cuanto á la patogenia de la acumulación de gases en el estómago, en estos casos no parece aún clara, puesto que desechada por improbable su producción local en cantidad suficiente, no quedan para explicarla más que la deglución y la aspiración, y de esta última, á decir verdad, no hay prueba alguna.

Interesa, pues, hacer constar que la aereofagia no tiene la importancia ni la extensión que por algunos autores tiende á dársela, y que dentro de ella se engloban dos grupos de enfermos clínicamente tan diferentes, que no pueden ni deben ser confundidos, y á hacerlo notar ha dirigido estas ligeras consideraciones.

El Dr. *Tapia*, aludido por el Dr. Yagüe, refiere lo que observó, mediante el examen esofagoscópico, en una enferma de aereofagia.

A medida que el tubo iba introduciéndose, se iba apreciando que las paredes del esófago estaban íntimamente unidas, pero en ciertos momentos, unas veces coincidentes con una inspiración amplia y otras no, pudo observar que repentinamente las paredes se separaban y la ingestión de aire se efectuaba y la expulsión después. En esta enferma se producía la eructación á pesar de tener la boca abierta, y en esto, como se ve, difería del caso referido por el Dr. González Campo.

El Dr. *Fernández Sanz*, para señalar que el proceso no es tan infrecuente como parece, cita otro caso que está tratando en el hospital: es una histérica que presenta eructación explosiva; insiste en no confundir las eructaciones con la aereofagia, añadiendo que, según Soupault, el cardias se abre si hay deglución previa.

El Dr. *Juarros* dice que la aereofagia es un tic, y como el Dr. González Campo dice que hay además fobias en este enfermo, le pregunta si se ha fijado en esto y si ha explorado bien el sistema nervioso del enfermo, lo cual en este caso sería muy interesante.

El Dr. *González Campo* se felicita de que el Dr. Yagüe conceda importancia á este asunto, á pesar de que sólo ha visto tres enfermos; si fueran

tan pronto la que le aerofagia existe, ni la sentía voluntaria, pero de seguro sí más. Marange, ayudante de Mathieu, dice que entre las clientes del maestro se observa el 3 : 4 por 10. de las veces, y en cambio ha observado constantes aerofagias en su práctica. Pero después de decir el Dr. Yagüe que más la vista tres aerofagias, manifiesta que este síntoma es bastante común, porque hay muchos que expulsan el aire que deglute, no son aerofágicos. Con arreglo á las raíces etimológicas de la palabra, sólo individuo que deglute aire es aerofágico: existe, en la crisis que llama Bouveret de la histerico, y que ahora llamarse de las neuróticas, de comienzo, y terminación bruscos, que es poco frecuente, pero tan aerofágicos como éstos son todos los demás.

Si su enferma no tragaba aire con el cuerpo entre las arcadas dentarias, podría servir para demostrar la aerofagia por aspiración, y si lo deglutía, era un caso análogo al que motivó la comunicación.

Una aseveración ha hecho el Dr. Yagüe que no puede aceptarse: su enferma — dice — no tenía alterado el quimismo, por lo cual su estado no se relacionaba con ninguna dispepsia. Ya no se cree hoy, como en tiempo de Sée, que toda dispepsia ha de ser química: su enferma, con quimismo normal, podía tener una dispepsia de otra naturaleza, motriz, por ejemplo, en la que los datos del análisis son los fisiológicos. Dice también que en las histéricas es frecuente la timpanización abdominal con eructos que se han denominado en salva; á los que llama así Mathieu es á los aereofágicos en que nos ocupamos, no recibiendo tal nombre aquellos á que el Dr. Yagüe se refiere y que no está probado que no sean por deglución de aire.

Tampoco cree este señor que la aereofagia es inconsciente, y él entiende que lo es á pesar de no ser involuntaria: el enfermo se hace aereófago por el mecanismo que expuso sin que se dé cuenta de que deglute aire; es tan inconsciente como el habla y el parpadeo, actos seguramente voluntarios, pero que por el ejercicio se convierten en automáticos é inconscientes.

Al Dr. Juarros debe decirle que si su enfermo era neurótico, para el asunto discutido importaría poco precisar cuál era su neurosis, pero es la neurastenia por existir: cefalalgia en caseo, insomnio, fosfaturia, depresión nerviosa y claustrofobia ó agorafobia, (no recuerda cuál de las dos).

El Dr. Tapia introdujo el esofagoscopio como medio sugestivo, y en este concepto benefició á la enferma, á pesar de que era más fácil que se hubiese exacerbado el mal, pues si es cierto, como se cree, que la aereofagia estriba en laxitud del cardias, ésta podía aumentar con el procedimiento empleado.

El Dr. Fernández Sanz cita la opinión de Soupault de que el cardias no se abre por los gases intraorgánicos si no le fuerza á ello la deglución de aire; la cita es exacta, pero el hecho carece de comprobación, por lo cual no acepta el criterio tan absoluto de este autor.

Termina agradeciendo á los señores que han intervenido en el debate las observaciones con que le han ilustrado.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 7 de Marzo de 1906.

Inversión uterina. — El Dr. *Castillo* refiere el caso de una enferma que en su segundo parto fué asistida por la portera, y tales tracciones hizo del cordón para extraer la placenta, que ocasionó una inversión uterina. Cuando la examinó, cuatro días después, sufría también de hemorragias. Intentó hacer la reducción con la mano, pero no lográndolo, introdujo gasa yodofórmica después de una minuciosa antisepsia, y á los dos días cloroformizó á la enferma para emplear otro método, y vió que la inversión se había reducido, y en vista del estado de la mucosa, hizo un legrado.

Este caso demuestra, á su juicio, la posibilidad de curar las inversiones uterinas sin recurrir á procedimientos más laboriosos. Su práctica, dice, es muy escasa; por eso vería con gusto que el Dr. Gutiérrez dijera la conducta que debe seguirse.

El Dr. *Gutiérrez* dice que va á aprovechar el caso del Dr. Castillo para decir algunas palabras respecto al tratamiento de la inversión uterina.

Esta se ha dividido en aguda y crónica, división que es necesario mantener por lo que respecta al tratamiento. La inversión uterina obedece generalmente á causas dinámicas ó á causas mecánicas, dilatación de la matriz, atonía de su elemento contráctil, presiones externas, tracciones directas del fondo del útero hacia la vagina, como ocurre á menudo con el alumbramiento de pié, y las tracciones violentas del cordón.

Reconocida la inversión inmediatamente del alumbramiento ó muy pocos días después, basta la taxis ó el taponamiento con gasa para reducirla, y de ello es ejemplo el caso del Dr. Castillo; pero hay que advertir que es necesario rellenar también los fondos de saco vaginales para que la reducción se haga de modo contrario á la inversión y repetir la operación todos los días ó cada dos días para conseguir el éxito que se desea. Pero cuando esto no se logra después de varios días, cuando la inversión es crónica, es necesario recurrir á otros procedimientos.

Recuerda un caso, que publicó, de una señora que sufría de una inversión uterina hacía ocho años, y curó mediante la aplicación de las copas de Lawson Tait, que describe detalladamente, y dice está fundado el procedimiento en la acción gradual y constante de la fuerza elástica, siendo muy partidario de su empleo.

También, dice, hay procedimientos cruentos que animan mucho, por ser casi inofensivos, y de los varios que existen ha practicado en dos casos, con brillantes resultados, el de Duret, que consiste en, después de haber prendido el cuello con pinzas y abierto el fondo de saco posterior, hacer la hemisección de la matriz hasta el fondo, reinvertir las dos mitades y suturar, siendo de su práctica el hacer una sutura seromuscular solamente, á no ser en caso de reblandecimiento, que sutura la mucosa también, y por último, la sutura vaginal, después de reintroducir el útero en la cavidad pelviana.

Generalmente se produce algún exudado en el fondo de Douglas, y tiende la matriz á fijarse en retroversión: de sus dos casos, la primera operada

sufrió una crisis que la mutiló bastante, y en la segunda el éxito fué tan completo, que se hizo en seguida embarazada, teniendo su parto normal y á término.

Por último, cree que en las inversiones crónicas debe siempre intentarse su reducción por el método de Hüttmeier, con gasa yodoformica, con las cápsulas de Lawson Tait, y por fin acudir á los medios cruentos, si aquellos resultan infructuosos.

El Dr. Cospedal dice que va á exponer tres casos de inversión uterina de entre los varios que en su práctica ha visto y que constituyen tres variedades distintas. Es el primero relativo á una mujer como de veinticinco años, que llegó á su Clínica diagnosticada de pólipo fibroso cervical uterino; se trataba, no obstante, de una inversión total uterina, como lo probaba el color de la mucosa, la observación de ambas entradas de las trompas, la falta de cuello uterino y su contracción con los fórnices vaginales y la exploración bimanual, que permitía apreciar la falta de cuerpo uterino en la región correspondiente suprapúbiana, y en su lugar una depresión á manera de embudo, dentro del cual y á través de las paredes abdominales y forzando la presión, llegaba á poder ser tocado el extremo de uno ó dos dedos exploradores.

Aquella mujer sufría de dolores y hemorragias y se hallaba anemiada. El Dr. Cospedal se hizo traer de Londres las cápsulas de Lawson Tait y sometió á la enferma á tratamiento por la aplicación de dichas cápsulas, muy cuidadosamente hecha y sostenida, en dos distintas ocasiones por espacio de algunos días: el resultado fué nulo: la enferma no podía resistir la presión de las cápsulas, que á la vez aumentaban las hemorragias y produjeron inflamación de la mucosa uterina; la inversión no pudo ser reducida en ninguna medida; la mujer continuó igual que antes de la aplicación de las cápsulas y salió de la Clínica como había entrado, porque ni la enferma ni su familia quisieron aceptar la intervención quirúrgica, que el Dr. Cospedal propuso.

En dicho caso el Dr. Cospedal pudo juzgar que las cápsulas de Lawson Tait no cumplen los propósitos de su autor, y aun exponen á peligros de inflamación é infección uterinas, porque la compresión y la asepsia incompleta exponen á ellas, porque la presión que ejercen no puede ser dirigida siempre en el sentido ó dirección convenientes, dada la inestabilidad y la movilidad de las cápsulas ó cazoletas, cuyos vástagos, sostenidos por cordones de goma elástica sujetos por delante y por detrás á un cinturón, no pueden permanecer constantemente ejerciendo la presión que se desea, con evidente fracaso del resultado y con posible y probable perjuicio para la mucosa uterina y los dolores pelvianos que ocasiona, por todo lo cual sostenía el Dr. Cospedal que ese medio de tratamiento es más ilusorio que real, á pesar de las afirmaciones de su autor.

El segundo caso corresponde á una primípara de veinticuatro años, cuya inversión uterina se produjo, como casi siempre ocurre, por tracciones sostenidas y violentas sobre el cordón umbilical, hechas para extraer la placenta; en dicho caso, el encargado de su asistencia debió ofuscarse, puesto que abandonó á la enferma sin procurar siquiera la reducción de su matriz, y con grave peligro de la misma, que sufrió grave hemorragia y síncope. A los

treinta y más días del accidente ingresó la enferma en la Clínica del doctor Cospedal, muy pálida por efecto de las pérdidas de sangre que había sufrido. La inversión era total, de tal modo que fué muy difícil colocar dos pinzas de presión sobre el escasísimo reborde del cuello que se apercibía. Cloroformizada la enferma, se hicieron las maniobras de taxis, comenzando por la parte más próxima al cuello, porque es evidente que si el empuje ó la presión se lleva desde luego sobre el fondo uterino, la reducción estará dificultadísima y aun será imposible, porque no se conseguiría otra cosa que aumentar los obstáculos, toda vez que el fondo y sucesivamente las paredes uterinas habrían de atravesar, no sólo por el anillo del cuello, sino por dos y aun por tres anillos concéntricos que se irían formando á medida que se fuera logrando la reducción del fondo y de las paredes uterinas; vale más, á semejanza de como se hace la reducción de las hernias, comenzar la taxis por la porción uterina más próxima al cuello; así la reducción es factible, y á medida que ésta avanza llega un momento en que cuando se está ya próximo al fondo, éste rápida y espontáneamente se reduce casi por sí solo, recobrando la totalidad del útero su situación normal; así fué como en este segundo caso se obtuvo la reducción, sumamente difícil de conseguir, después de producir una rotura de una parte del cuello uterino que se rasgó á pesar de cuidar esmeradísimamente de que la tracción sobre el mismo, hecha con las pinzas de dientes, se hallase en la proporción debida para evitar el accidente. La enferma sufrió más tarde un proceso de peritonitis consecutiva, de la cual curó, y regresó á su casa completamente buena y con su matriz totalmente reducida á la posición normal.

El tercer caso se refiere á otra inversión más reciente, de siete días, producida también por igual mecanismo de tracción del cordón umbilical para extraer la placenta. Del mismo modo que las anteriores, esta enferma sufría hemorragias y se encontraba pálida y anemiada. La reducción, que el Dr. Cospedal confió á la pericia de su ayudante, Dr. García López (D. Tomás), se realizó por éste con facilidad mediante el mismo procedimiento de resistir con pinzas de dientes colocadas sobre el reborde del cuello uterino y hacer la taxis, sobre las porciones sucesivamente más próximas á éste, del cuerpo uterino. El taponamiento aséptico vaginal con gasa yodofórmica esterilizada completa la curación.

En resumen, el Dr. Cospedal hizo notar los perjuicios que ocasionan las tracciones inmoderadas sobre el cordón umbilical, causa principal de inversión uterina; la importancia de una reducción manual bien dirigida, principal modo de tratamiento, y la ineficacia de las cápsulas de Lawson Tait, sobre todo en los casos antiguos. Conviene, ante todo, establecer el diagnóstico diferencial entre inversión y pólipos fibrosos uterinos, con los cuales suele confundirse.

Peritonitis tuberculosa. — El Dr. *García de Arias* da lectura al séptimo caso: se trata de una enferma de veintisiete años, casada y nulípara, sin antecedentes hereditarios ni personales de importancia. Hace dos años, y en uno de los días de su menstruación, sufrió un gran susto que paró la regla, siendo sustituída por flujo leucorréico. Desde entonces comienza á adelgazar y á quejarse de fuertes neuralgias abdominal y lumbosacra. Explorada manual é instrumentalmente, advirtió que las dos trompas esta-

ban enfermas, engrosadas, duras, sinuosas, verdaderas dilataciones ampulares, sin poder asegurar que su contenido fuese líquido, rebasaban el estrecho superior, la derecha más que la izquierda; el útero en retroversión y como aprisionado entre ambas tumoraciones, la porción vaginal de su cuello alargada y medía 8 centímetros.

Hizo el diagnóstico de anexitis doble con pelviperitonitis subaguda, concomitante y alargamiento hipertrófico de la porción vaginal del cuello; propuso la operación, que practicó el 1.° de febrero y fué muy laboriosa por las adherencias de los anejos uterinos al peritoneo parietal y el pus que contenían aquéllos, encontrando en la zona de serosa limpia que tapiza la gran concavidad de la mitad posterior de la pelvis, una siembra discreta de granulaciones grises tuberculosas. Colocó cura á lo Mickulicz, y el curso post operatorio fué accidentado, á consecuencia de una ictericia que el doctor García de Arias atribuye á la intoxicación clorofórmica y que con un tratamiento apropiado desapareció, y la enferma recobró su salud por completo.

Por lo avanzado de la hora hizo un brevísimo resumen de dos historias más, y mostró figuras de algunos de los casos expuestos, siendo levantada la sesión.

El Secretario de actas
DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Envenenamiento de un niño por el arsénico. — D. Ramiro Mateu Cebriá publica en *La Medicina de los Niños*, de Barcelona, el siguiente caso clínico:

«Trátase de un niño de tres años de edad, constitución robusta, que no había padecido ninguna enfermedad hasta la presente; su peso y crecimiento eran normales.

Jugando una tarde con sus amigos enteramente sano, se sintió atacado de fiebre, sed, dolores abdominales y gran inquietud, vómitos violentos y cámaras acuosas; el pulso era pequeño y apenas perceptible.

El dolor, que se extendía á todo el epigastrio, se aumentaba á la compresión; tenía además disfagia.

Averiguadas las causas que pudieran explicar el accidente, se supo que durante el día, y jugando con sus amigos, había llenado de agua y bebido de ella en gran cantidad, un cubo de hojadelata recien pintado de verde; en la pintura de este cubo había entrado el arsénico.

Ordenóse en el momento un vomitivo de raíz de ipecacuana, y producido el vómito, se le dió un antídoto de arsénico, el óxido de hierro hidratado, en poción.

El enfermo pasó la noche muy agitado.

A la mañana siguiente estaba con el rostro rubicundo, abotagado, un aumento de calor por todo el cuerpo, pulso muy acelerado y sed muy violenta, lengua saburral y anorexia.

Como tenía mucha sed, se le permitió que bebiera en abundancia horchata de almendras.

Por la tarde se presentó una diarrea mucosa, con estrías sanguinolentas; aumentáronse mucho los dolores abdominales.

La noche del segundo día la pasó amodorrado; se repitió la diarrea, que siguió siendo mucosanguinolenta, el enfermo estaba pálido, el pulso frecuente y pequeño y la lengua con capa saburral espesa.

Se insistió en el preparado de hierro junto con un severo régimen dietético.

El tercer día empezó á mejorar el estado general, desapareció la capa saburral de la lengua, el pulso se hizo más lleno, renació el apetito y el enfermo descansó después de haber hecho varias deposiciones del misco carácter que las anteriores; en éstas se encontraron ya indicios de hierro.

Presentáronse flictenas sobre el velo del paladar que reclamaron una aplicación tópica. Durante tres ó cuatro días más el enfermo tuvo deposiciones sanguinolentas.

Pasado el cuarto día marchó rápidamente hacia la curación, desapareciendo regularmente todos los síntomas característicos del envenenamiento por el arsénico.

Al cabo de una semana, el enfermo se hallaba completamente restablecido de la afección».—SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 6 de Marzo de 1906

Seroterapia de la fiebre tifoidea.—El Dr. JOSÍAS: Desde hace cuatros años utilizo en mi clínica del Hospital Bretonneau el suero antitifoideo que me remite el Dr. Chantemesse, para tratar á los niños afectados de fiebre tifoidea. Antes de este período empleaba exclusivamente el método de los baños fríos y poseo una estadística de mortalidad que da una proporción de 10 á 12 por 100 (tesis de M. Chauveau); desde que he añadido la inyección de suero á los baños, la mortalidad por fiebre tifoidea ha disminuído en unos 200 enfermos de mi clínica á 3'8 por 100.

Los resultados obtenidos por mí se asemejan mucho á los expuestos recientemente á la Academia por el Dr. Brunon (de Rouen).

En el Congreso celebrado en Madrid en 1903 dí á conocer los 50 primeros casos, en los que hubo 2 defunciones. Después he tratado otros 132 casos, de los que murieron 6 enfermos, si bien uno de éstos debe descontarse

porque padecía tuberculosis aguda de forma granúlica, según se comprobó en la autopsia.

Las causas de las 5 muertes restantes fueron: perforación intestinal sobrevenida en una enferma inyectada el duodécimo día, un caso; meningitis supurada con presencia en las meninges del bacilo de Eberth, un caso; neumonía, un caso; laringitis ulcerosa con otitis y congestión pulmonar, un caso; y adinamia profunda con hemorragias intestinales múltiples, un caso.

Las complicaciones observadas fueron las siguientes: hemorragia intestinal, 5 veces; otitis simples ó dobles, 5 veces; flebitis curada, 2 veces; nefritis aguda comprobada al principio de la enfermedad y curada, una vez; periostitis del trocanter mayor, una vez.

Las recaídas fueron poco frecuentes y sin gravedad, habiéndolas notado á los veintidós, á los veintiséis y á los treinta y dos días después de la inyección. Un solo enfermo ha tenido dos recaídas á los veintiséis y á los treinta y nueve días respectivamente.

Nada he de añadir á lo expuesto en Madrid, en mi comunicación, sobre la inocuidad del suero y sobre los beneficios obtenidos gracias á su empleo, resultados que me parecen positivos puesto que no se debe invocar hoy día para explicarlos, después de una observación prolongada durante cuatro años, la circunstancia de una simple serie feliz.

Hagamos ahora el estudio comparado de la estadística oficial de las fiebres tifoideas en los Hospitales de Niños de París, en los que no se emplea la seroterapia.

He aquí los resultados que me han sido transmitidos por la administración:

Número de niños con fiebre tifoidea ingresados y dados de alta desde 1.° *de marzo de* 1902 *á* 1.° *de febrero de* 1905.

Enfants-Malades	380	Defunciones,	39
Trousseau	410	—	55
Hérold	91	—	18
Bretonneau (clínica del Dr. Sevestre)	150	—	16
Total	1.031	—	130

Mortalidad media: 12'6 por 100.

Como mi estadística de defunciones indica una cifra verdaderamente mínima y en dos tercios inferior, de una parte, á la cifra de la mortalidad por tifoidea de los demás hospitales de niños en París, y de otra, á la cifra de la mortalidad que yo tenia en mi misma clínica en la época en que trataba á mis enfermos exclusivamente por el método de Brand, me permito presentar á la Academia las conclusiones siguientes:

1.ª El suero antitifoideo de Chantemesse, empleado como conviene, el inofensivo.

2.ª Los niños que padecen fiebre tifoidea y que son tratados á tiempo por el suero y por los baños, tienen muchas más probabilidades de curar que aquellos á quienes sólo se trata con la balneoterapia.

Mortalidad por tuberculosis en Francia y en Alemania (*continuación*). — El Dr. A. Robin: Antes de votar la declaración obligatoria de la tuberculosis, debemos preocuparnos de la situación que se creará á los desgraciados tuberculosos y del perjuicio grandísimo que se les ocasionará, y de lo cual se puede juzgar por lo que ahora ocurre en París, en donde el tuberculoso viene á ser un paria.

He aquí en apoyo de esto algunos hechos observados en el Dispensario antituberculoso fundado por mí en unión del Dr. Siegfried:

Un hombre fué expulsado del hotel en que se alojaba desde que se supo que había estado en el Sanatorio de Angicourt.

Hemos asistido á un criado que ocultaba cuando venía á vernos, porque si hubiera llegado á conocimiento de su amo, le hubiese despedido. Un palafrenero fué despedido de su empleo por este motivo. Una señora que aveguó que un aya que tenía á su servicio padecía una tuberculosis confirmada, la dió á elegir entre ser despedida ó una disminución de 15 francos en su salario. Un pobre mozo fué rechazado por su familia por creer que podría contagiar á sus hermanos, viéndose reducido á buscar refugio en un asilo nocturno. Finalmente, una señora nos llevó á su criada, por la que decía experimentar el más vivo interés; esta muchacha tosía desde algún tiempo, y su ama quería saber la verdad para cuidarla como se merecía. Se la dijo que se trataba de una tuberculosis que no había pasado del primer grado, y apenas estuvieron en la calle, el ama injurió á la criada acusándola ante los transeuntes de haber infectado su casa.

En dos ocasiones los enfermos del Dispensario de Angicourt han dirigido peticiones á la Comisión permanente de preservación contra la tuberculosis para que se ocupen de ellos.

En estas condiciones, creo que no se debe hacer obligatoria la declaración de la tuberculosis antes de haber hecho lo necesario para proteger á los desgraciados tuberculosos.

El Dr. *Landouzy* rechazó los argumentos que se invocan en favor de la declaración obligatoria, y votó en favor de la desinfección obligatoria, que es el mejor modo de luchar contra los múltiples medios de contagio.

El Dr. *Monod* dijo que ante todo es preciso poner á salvo la salud pública, y á este fin debe declararse la tuberculosis de modo que permita tomar las medidas propias para evitar el contagio, y en apoyo de esto bastará recordar el discurso pronunciado en la Academia por el Dr. Grancher pidiendo la inscripción de la tuberculosis en la lista de las enfermedades sometidas á la declaración, y opina que en favor de esta medida militan además otros argumentos, tanto por las tendencias de la opinión pública hacia esta solución, como por la falta de éxito de la declaración facultativa.

En todo caso, si no se hace la declaración obligatoria, debe imponerse la desinfección.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 7 de Marzo de 1906.

La «careta equimótica» por compresión torácico-abdominal. — El Dr. Villemin leyó un informe acerca de una observación comunicada á la Sociedad por el Dr. Morestin.

Se trata de un joven de quince años que sufrió una contusión fuerte de la parte superior del tórax. Después de un cuarto síncope, este joven sólo se quejó de algo de opresión y de ver todos los objetos coloreados de violeta. El examen minucioso de los diferentes aparatos sólo permitió descubrir algunos estertores subcrepitantes en la base del pulmón derecho. Lo que más llamaba la atención era el color violáceo de la cara. Esta coloración violeta, de intensidad variable según los sitios, se extendía desde la raíz del cabello hasta la parte superior del cuello, y por detrás, de oreja á oreja. La esclerótica estaba cubierta de equimosis subconjuntivales; había también punteado hemorrágico en la cara interna de los carrillos, el velo del paladar y la faringe bucal.

Las consecuencias fueron de las más benignas: el color violáceo desapareció á los pocos días espontáneamente; los equimosis subconjuntivales tardaron más en desaparecer, pero á las tres semanas no había rastro de ellos.

Las observaciones de este género son raras. El Dr. Villemin sólo ha encontrado 27 casos en la literatura. La historia de todos ellos es idéntica á la del enfermo del Dr. Morestin. ¿Cuál es la patogenia de este fenómeno curioso, al que se han dado distintos nombres: infiltración equimótica difusa de la cara, asfixia cutánea cervicofacial y careta equimótica por compresión torácico-abdominal?

Es indudable, dijo el Dr. Villemin, que una compresión brusca de los grandes receptáculos venosos del abdomen produce un reflujo abundante de sangre al sistema de la cava superior; las yugulares, mal defendidas por válvulas insuficientes, se dejan invadir mejor que los troncos venosos de los miembros. Pero esta replección, puramente pasiva, no basta por sí sola para explicar el mecanismo de la infiltración equimótica de la cara; hay que invocar también un factor activo, muy enérgico, el esfuerzo, según ha demostrado Milner: los heridos, para evitar la presión á que están sometidos, hacen de una manera inconsciente un esfuerzo torácico-abdominal considerable. En estas circunstancias, la presión intravenosa llega á límites para los que no está preparada la resistencia de las túnicas vasculares. Y la prueba de que el factor esfuerzo desempeña el papel principal en esta patogenia, es que dichas rupturas vasculares se han observado después de los partos, de las crisis convulsivas, de los vómitos y de los accesos de tos ferina.

El Dr. *Broca* atribuyó también en este caso un papel importante al esfuerzo. El Dr. Villemin ha citado las rupturas vasculares consecutivas á las convulsiones y á la tos ferina. El Dr. Broca ha visto equimosis subconjuntivales en un niño á consecuencia de un acceso fuerte de ira.

El Dr. *Hartmann* dijo que había visto producirse los equimosis en un hombre que necesitaba hacer esfuerzos violentos para orinar.

El Dr. *Le Dentu* manifestó que para explicar la infiltración difusa de la cara en los casos análogos á los del Dr. Morestin, se inclina más bien á admitir la teoría del reflujo venoso por compresión de los grandes troncos abdominotorácicos. Esta explicación es al menos la más plausible en un caso de su práctica, en el que la compresión torácico-abdominal bastó para separar la sínfisis pubiana.

Curación espontánea de un aneurisma arteriovenoso. — El Dr. *Guinard* leyó un informe sobre esta observación, probablemente la única de su especie, comunicada á la Sociedad por el Dr. Pluyette (de Marsella). Se trata de la curación espontánea de un aneurisma arteriovenoso de los vasos subclavios, consecutivo á una herida por bala de revólver. Sabemos que la curación espontánea de estos aneurismas es negada por todos los clásicos. En el caso del Dr. Pluyette los síntomas subjetivos y objetivos del aneurisma desaparecieron espontáneamente y por completo á los ocho meses. El doctor Pluyette atribuye esta curación espontánea á una arteritis obliterante de la subclavia, de cuyo padecimiento presentó síntomas evidentes el enfermo. El Dr. Guinard dijo que esta hipótesis debe aceptarse con reserva y sólo á falta de otra interpretación más plausible.

El Dr. *Delens* recordó que la curación espontánea es posible, y se ha señalado al menos para una variedad de aneurisma arteriovenoso, el de la carótida interna y el seno cavernoso; pero en este caso la curación es debida á una tromboflebitis.

Torsión del epiplón en un saco herniario. — El Dr. *Guinard* leyó otro informe sobre una observación comunicada á la Sociedad por el Dr. Schmid (de Niza).

Un hombre de treinta y cinco años padecía desde hacía mucho tiempo una hernia inguinal derecha reductible, pero que de pronto se hizo irreductible y dolorosa. La taxis fué ineficaz. El Dr. Schmid fué llamado para intervenir. Incindió el saco y encontró un cordón epiplóico muy congestionado, sembrado de puntos hemorrágicos. Este cordón, dispuesto en forma de asa, cuyos dos cabos desaparecían por el anillo herniario, estaba torcido varias veces sobre su eje, pero sin adherencias á las paredes del saco. Para dejarlo libre y poder resecarlo necesitó el Dr. Schmid prolongar la incisión por la pared del abdomen y practicar una herniolaparotomía.

El Dr. Guinard insistió sobre la rareza de esta complicación de los epiploceles, y dijo que se han observado los mismos accidentes en la hernia de otros órganos (apéndice y trompa).

El Dr. *Tuffier* dijo que había observado la torsión doble del epiplón mayor, ocasionada por tres quistes hidatídicos superpuestos á lo largo de su trayecto.

El Dr. *Broca* indicó haber visto torsiones del epiplón ocasionadas por tumores anejos á este órgano, pero estos casos nada tienen que ver con el caso del Dr. Schmid.

El Dr. *Mauclaire* recordó que en noviembre de 1903 presentó á la Sociedad el ejemplar patológico de la torsión total de un epiplón en un saco herniario inguinal. La hernia era muy antigua y el anillo inguinal bastante

grande. Al principio de los accidentes se hicieron tentativas ligeras de taxis. Durante la operación observó el Dr. Mauclaire que el epiplón herniado estaba torcido de izquierda á derecha y que había dado vuelta y media. No estaba estrangulado en el anillo inguinal y las adherencias del epiplón al saco parecían secundarias á la torsión, porque eran ligeras. Ha ensayado en vano reproducir experimentalmente esta torsión epiplóica é intra-abdominal en el conejillo de Indias.

Perisigmoiditis de origen ovárico. — El Dr. *Michaux* refirió el caso de una mujer de cuarenta y cinco años, que ingresó en su Clínica con síntomas típicos de flemón de la fosa ilíaca izquierda. El estado general era grave, aunque no había frecuencia excesiva del pulso ni temperatura muy elevada. Existía reacción peritoneal típica: dolores, vómitos. El Dr. Michaux diagnosticó flemón desarrollado en el mesocolon ilíaco, sin poder precisar su origen. Después de algunos días de observación, se decidió á intervenir por haberse agravado la enferma.

Hizo una incisión por encima del arco de Falopio y descubrió la S ilíaca, que estaba completamente sana, pero en su mesocolon había una tumefacción que el Dr. Michaux incindió después de haber protegido cuidadosamente por medio de compresas. La incisión dió salida á una gran cantidad de pus. Desagüe. La enferma murió ocho días después.

Al hacer la autopsia se encontró un extenso foco que principiaba en el mesocolon ilíaco y se extendía á lo largo del psoas hasta el hilio del riñón. Este foco correspondía al trayecto de los linfáticos del ovario, que se hallaba esfacelado y convertido en un absceso. Era, por lo tanto, lógico admitir el origen ovárico de la perisigmoiditis. No había peritonitis.

El Dr. *Monod* dijo que había observado un caso de perisigmoiditis en un hombre. La lesión principió por dolores fuertes localizados á la izquierda, casi en el trayecto del ureter, y que se atribuyeron al principio á la emigración de un cálculo. La afección cedió sólo con el reposo.

El Dr. *Hartmann* indicó haber tenido ocasión de ver dos casos de perisigmoiditis: uno fué tratado por la incisión y curó, y el otro retrocedió espontáneamente. Estas inflamaciones peri-intestinales pueden observarse en otros puntos, además de la S del colon, por ejemplo, alrededor del colon ascendente.

El Dr. *Poncet* llamó la atención sobre la importancia diagnóstica, y por consiguiente, terapéutica, que tiene en este caso el examen del pus extraído del absceso peri-intestinal, porque muchas de las supuraciones que se forman, no sólo alrededor de la S ilíaca, sino del ciego y del colon ascendente, son, en efecto, de origen actinomicósico.

Técnica de la histerectomía abdominal total. — El Dr. *Chaput* describió la técnica que emplea para la histerectomía abdominal total; se caracteriza por la hemostasia de los ligamentos anchos, el modo de desagüe de la pelvis y la sutura elevada del peritoneo. Los ligamentos son ligados en varios planos por medio de una pinza trócar curva del modelo del autor, que permite hacer con facilidad las ligaduras, sin temor á que se deslicen. La hemorragia de la superficie de sección posterior de la vagina se contiene por medio de una sutura de punto por encima con catgut. Un separador maleable especial rechaza los intestinos y deja libre el campo operatorio.

La pelvis es desaguada con un tubo grueso, que sobresale de la vulva y se sujeta por arriba con seda á la vagina. Sutura un colgajo peritoneal vesico uterino, formado á este efecto, al estrecho superior y al asa sigmoidea. Esta técnica ha sido empleada por el Dr. Chaput en 49 casos con sólo una muerte.—(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Marzo de 1906.

Artropatías supuradas en la enfermedad de Parrot. — El Dr. Marfan: El niño objeto de esta observación tiene nueve meses; nació de término y su madre, de veintisiete años, no puede suministrar dato alguno sobre la salud del padre de la criatura. Seis semanas después del nacimiento, á pesar de los grandes cuidados de su madre, que era la que le amamantaba, principió á manifestar sensibilidad excesiva que se revelaba por gritos al menor movimiento que se le imprimiera, y á presentar signos cada vez más acentuados de parálisis de las cuatros extremidades. La inercia de los miembros era completa cuando el enfermo fué conducido al Hospital, á poco de principiar estos accidentes. Los dos miembros inferiores estaban en flexión, con infarto considerable de las rodillas, en particular la derecha, articulaciones que presentaban tumefacción típica, indicio de la existencia de un derrame. El codo derecho se hallaba bastante abultado y los dos brazos, inertes igual que las piernas, presentaban todos los carácteres de la pseudoparálisis de Parrot. No había lesión visceral alguna. El estado general del enfermo era tan grave, que tanto yo como el Dr. Broca, que le vió á los pocos días, desesperamos de salvarle. El niño fué sometido al tratamiento específico (fricciones con 2 gramos diarios de ungüento mercurial), y bajo la influencia de este tratamiento curó completamente.

Se hicieron varias punciones de la rodilla derecha, de la que se extrajo pus que no contenía espirilos ni otra especie de microbios. Este niño tiene en la actualidad el aspecto de una salud que nada deja que desear.

Las supuraciones observadas en las artropatías sifilíticas de este género han sido atribuídas por la mayoría de los autores á una infección añadida á la de la sífilis; la observación actual demuestra que el sifiloma articular es suficiente por sí sólo para provocar la supuración sin auxilio de ningún otro microbio.

El Dr. *Comby* dijo que había visto recientemente en su consulta un niño, que además de todos los signos de la enfermedad de Parrot, presentaba una tumefacción voluminosa y fluctuante del hombro. A pesar de los otros signos se preocupó de una manera especial de este derrame articular, y consultó con el Dr. Broca, quien no baciló en atribuir la lesión escapular á la misma causa que los demás síntomas; es decir, á la enfermedad de Parrot. Se emplearon las fricciones mercuriales, obteniéndose la curación rápida. Cree el Dr. Comby que las fricciones mercuriales, en los casos de este

género, son preferibles desde todos los puntos de vista á los demás tratamientos.

Cicatrices de la varicela. — El Dr. *Marfan* presentó una niña que tenía cicatrices de un aspecto especial, consecutivas á la varicela, completamente distintas de las producidas por ulceraciones y por el acto de rascarse. Estas cicatrices revisten tres formas: unas son manchas blancas, acrómicas, sin depresión ni elevación, de aspecto rugoso en su superficie; otras son manchas pálidas como las anteriores, pero salientes; la tercera forma ó variedad, intermedia entre las dos primeras y la mancha violácea de la varicela reciente, está constituída por manchas blancas en el centro con una zona de pigmentación periférica. Estas manchas duran bastante pero no son indelebles, porque el Dr. Marfan jamás las ha observado en los adultos.

Sobre una variedad de incontinencia de orina.—La Dra. *Nageotte Wilbcuchewitch* leyó un trabajo sobre una variedad bastante frecuente, según ella, de incontinencia de orina en los niños. Es provocada y sostenida por la práctica defectuosa de habituar á los niños á que sean limpios desde su más tierna edad. Se les expone más ó menos tiempo el vientre y las piernas al aire para hacerlos orinar, y si no se consigue, vuelve á repetirse la maniobra. El niño, bajo la influencia del frío á que ha estado expuesto, tarda poco en orinarse en sus vestidos, nueva causa de enfriamiento ulterior, y de este modo se desarrolla una clase especial de incontinencia, que cesa por la noche, cuando la criatura no está sometida á los enfriamientos que provocan sus micciones diurnas. El tratamiento exige la reglamentación bien ordenada de las tentativas que se hacen para acostumbrar al niño á orinar á intervalos regulares y mudarle la ropa cuando está mojada por la orina.

Hipotrofia regular.—El Dr. Variot: Presento un niño de ocho años, el que á pesar de una alimentación racional, no se ha desarrollado de buena manera; pesa hoy 12 kilos en vez de 21, tiene 106 centímetros de altura en vez de 119, y 49 de perímetro torácico en lugar de 55. Al contrario de lo que suele observarse, su hipotrofia es regular en el sentido de que es proporcionado como un niño de su edad, pues tiene la cabeza pequeña y los miembros delgados y largos. Esta hipotrofia es distinta de la debida á la alimentación viciosa y á los trastornos gastro-intestinales, la cual jamás reviste esta forma regular y cura con el tiempo á beneficio de una alimentación apropiada. Este niño ha estado siempre alimentado de buena manera, pero tiene un estigma hereditario: su padre era alcohólico y murió tuberculoso; su abuelo paterno era también alcohólico; tiene dos hermanas que padecen tuberculosis ósea y dos hermanos bien desarrollados. Nació muy pequeño; pesaba al nacer 2 kilos, al año 5, á los dos años 7, y 12 á los ocho: el estigma hereditario ha impedido, al parecer, el desarrollo más rápido.

Resistencia globular del niño en estado normal y durante el sarampión.— Los Dres. Lesné y Gaudeau: En la mayor parte de los casos, al principio de las fiebres eruptivas (escarlatina, varicela, sarampión), la resistencia globular está aumentada, excepto en la alfombrilla, en la que sigue siendo normal. En el sarampión, la resistencia globular se hace de ordinario normal al fin

de la erupción. Cuando persiste, es de temer alguna complicación. En efecto, en los sarampiones complicados con accidentes pulmonares, la resistencia globular queda aumentada en los casos que curan, pero se hace, por el contrario, normal en los que terminan por la muerte. Las variaciones de la resistencia globular pueden, por lo tanto, demostrar en cierto modo el grado de resistencia del organismo y suministrar datos sobre el pronóstico del sarampión.—(*Le Progrès Medical*).—F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 13 de Marzo de 1906.

Síntomas oculares en los tumores intracraneanos. — El Dr. *A. W. Ormond* leyó un trabajo basado en 100 casos de tumor cerebral registrados en los archivos del *Guy's Hospital*; en casi todos estos casos se consignan las alteraciones descubiertas al hacer la autopsia. La neuritis óptica existía en 70 casos, pero en 17 no se indica el estado de las papilas y en 3 no se observó. En la mayor parte de los casos hubo aumento de la presión intracraneana y en 37 los ventrículos estaban dilatados. Es probable que la neuritis óptica fuera producida primitivamente por las toxinas, debidas á la presencia de un tumor encefálico, y que su efecto se hiciera más intenso al aumentar la presión intracraneana. En casi todos los casos en que se practicó una operación no mejoró el estado del enfermo. En 2 el tumor no se reveló en vida del paciente por síntoma alguno. En los casos restantes la duración de la enfermedad varió de unas cuantas horas á varios años, pero en 56 la muerte sobrevino á los seis meses de presentarse el primer síntoma.

El Dr. *H. H. Tooth* dijo que jamás ha podido sacar conclusión alguna respecto á la causa de la neuritis óptica. Un tumor pequeño del cerebelo, por ejemplo, puede coincidir con una neuritis intensa, y en cambio en otro voluminoso no existe neuritis. Los trabajos de Mott y Halliburton prueban que en la parálisis general se forma colina en el cerebro, y si la teoría tóxica fuera exacta, la neuritis óptica sería frecuentísima en esta enfermedad.

El Dr. *A. J. Whiting* cree que la frecuencia de los casos de tumor cerebral en que no se observan síntomas de neuritis óptica se ha exagerado en el trabajo del Dr. Ormond el señalar el 3 por 100, puesto que su proporción ordinaria es el 20 por 100 próximamente. Cree, fundándose en hechos observados hace poco tiempo, que el aumento de la presión intracraneana no es el único factor causal, pero el alivio que obtienen estos enfermos con la trepanación es grandísimo, y puede así salvarse la visión previniendo la atrofia óptica, inevitable en el caso contrario.

El Dr. *F. E. Batten* preguntó si podía explicarse por un proceso tóxico el que la degeneración de los cordones posteriores, en los casos de tumor cerebral, fuera más marcada en la región cervical de la médula espinal.

El Dr. *H. French*, refiriéndose al factor tóxico, dijo que se duda si la colina tiene alguna influencia en la génesis de la parálisis general. No se ha conseguido encontrarla en la sangre de esta clase de enfermos.

El Dr. *J. Warrington Haward* manifestó que se han dado varias explicaciones de la neuritis óptica, pero tanto la tóxica como la mecánica son insuficientes. Quizá la tromboxis influya modificando la cualidad de la sangre. ¿Presenta la neuritis óptica, asociada con el aumento de la presión intracraneana, alguna particularidad que permita distinguirla de la debida al parecer á otra enfermedad?

Método más sencillo de obtener la reacción pancreática en la orina.—El doctor *P. J. Cammidge* describió una modificación de su método, que exige sólo un reactivo en vez de dos. Se funda en la eliminación de una gran cantidad de ácido glucorónico, lo que permite reconocer mejor el azúcar que existe siempre en todos los estados inflamatorios.

El Dr. *Mayo Robson* dijo que el Dr. Cammidge ha empleado este método en muchos de sus enfermos operados después, y confirmó la fidelidad del reactivo. El análisis exige conocimientos especiales. Su validez no depende de la presencia de la glicerina. Ha obtenido datos importantes de este análisis, sobre todo en las enfermedades del conducto colédoco. Es útil también para el tratamiento, porque si el páncreas está enfermo se necesita prolongar más el desagüe. Sirve también para diagnosticar las afecciones inflamatorias de las malignas. Esta experiencia se funda en unos 200 casos. El análisis no es decisivo por sí solo, sino como medio auxiliar del diagnóstico, y debe combinarse con el de los excrementos.

(*British Med. Journal*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 21 de Febrero de 1906.

Clima y organización sanitaria de Egipto. — El Dr. *Kirchner*, que ha hecho un largo viaje por Egipto en el invierno pasado, lo ha aprovechado para hacer observaciones y estudios acerca de particularidades de este país que son de grandísimo interés é importancia desde el punto de vista médico. El grado elevado de humedad que tiene el aire en la costa del mar Mediterráneo ha inducido en un principio á enviar los enfermos al alto Egipto, donde domina una sequedad mucho mayor, un clima más de desierto, en contraposición á lo que sucede en la región del Delta del Nilo, que tiene un clima completamente marítimo, y que, por lo tanto, no es adecuado para residencia de enfermos que necesitan aire seco y que brille el sol. Aun el mismo Cairo, que está en el vértice del Delta del Nilo, tiene las condiciones climatológicas de este último; de diciembre á febrero son frecuentes las lluvias y las temperaturas hasta de 0°, no sin ninguna rareza. Pero la cosa ya varía por completo con trasladarse á Helouan, que se halla tan sólo 23 kilómetros más al Sur: aquí la temperatura es mucho más uniforme, se disfruta más del sol y llueve menos. En este sitio, la temporada más hermosa es desde octubre á noviembre y de marzo á abril. En los meses intermedios se aconseja irse todavía más al Sur.

El tráfico de Egipto, que en realidad está localizado exclusivamente e

el valle del Nilo, se efectúa por vapores que remontan á lo largo de este río ó por trenes de lujo que caminan con una velocidad moderada, pero que es la que realmente conviene que lleven, los cuales recorren el trayecto del Cairo á Assuan en veintidos horas.

El clima de Assuan en invierno es parecido al de Alemania en junio y julio, con la única diferencia de que allá luce mucho más el sol y el aire es mucho más claro y más seco.

Así se comprende que en Assuan se encuentren muy bien los enfermos de la vejiga y de los riñones; estos últimos puede decirse que están de vacaciones, puesto que la diuresis se reduce al mínimum, ya que toda el agua del cuerpo se pierde por transpiración. Tal es la sequedad que hay en dicha comarca, que no se necesitan tohallas para secarse las manos, puesto que la piel de éstas se seca antes de que se haya podido utilizar semejante prenda de limpieza. También se sienten muy bien con un aire tan seco los reumáticos y los cardíacos, mientras está compensada su lesión; pero ya no sucede lo mismo con los enfermos de los pulmones. La tuberculosis no es rara, aunque al parecer los focos tuberculosos tienen más tendencia á la caseificación seca que á su destrucción y con formación de cavernas. Los enfermos de asma bronquial se ven libres muy pronto de sus accesos cuando permanecen en Egipto; los convalecientes de enfermedades graves se reponen con mayor rapidez y los agobiados por el trabajo excesivo descansan mejor y se restauran sus fuerzas más que en ninguna otra parte.

Aunque hoy en día, en cualquier punto de Egipto se puede encontrar buen acomodo (incluso entre alemanes y muchas veces también médicos alemanes), no hay que olvidar que se trata de un viaje largo, para el cual es preciso que esté preparado y en condiciones el enfermo que intentemos mandar allí. Para menos de cuatro meses no merece la pena de hacer el viaje, y el gasto que representa semejante temporada se puede calcular en unos 5.000 francos por persona. Por otra parte, no conviene que un enfermo haga este viaje solo, al menos la primera vez, pues se expone mucho á entristecerse y desanimarse. Los meses más agradables en el alto Egipto son de noviembre á marzo; en esta época, en que empiezan los vientos que soplan del desierto, el enfermo debe marcharse y trasladarse á Helouan, donde, además de un buen sanatorio dirigido por médicos alemanes, existen una serie de hoteles y pensiones muy bien instalados. En este sitio se puede permanecer hasta primeros de mayo; pasada esta época, lo mejor es abandonar Egipto y volver al país natal, pero, poco á poco, haciendo alto en varias estaciones intermedias.

Además de las residencias mencionadas, tiene Egipto algunas estaciones marítimas en la costa: de ellas es la más hermosa la estación balnearia marítima de la bahía de Port Said.

El autor pasa á describir después el sistema, muy interesante, de abastecimiento de aguas de Egipto, que se realiza exclusivamente á expensas del Nilo, lo mismo para el riego de los campos que para la provisión de agua potable. El país está surcado transversalmente por cierto número de canales que le suministran, al menos por temporadas, el agua que necesita. La manera cómo se toma el agua de dichos canales varía en los lugares y en las ciudades, pero por lo general es muy primitiva. Se saca por medio

[illegible]

[illegible]

El sistema de drenaje que se emplea para recoger las inmundicias es [illegible]. Es muy frecuente encontrar en las carreteras [illegible] en recoger las heces frescas de los camellos y [illegible], por medio de compresas, bolas que después se emplean como combustible. La gente de que esta ocupación no está exenta de peligro [illegible] á la [illegible] de haberse desarrollado una epidemia de carbunco [illegible] á esa clase de mujeres, y cuyo origen hubo que atribuirlo á la práctica á que nos estamos refiriendo.

[illegible] el sistema de edificación que se sigue tanto en las [illegible] como en el campo, y hace una reseña descriptiva de algunos hospitales muy bien instalados que tuvo ocasión de visitar. El del Cairo es al mismo tiempo Escuela de Medicina, donde ejercen función docente maestros europeos; pero en Egipto no hay instituciones análogas á nuestras Universidades. La enseñanza médica dura ocho semestres, á los cuales sigue además un año de práctica: la Escuela de Medicina está provista de todos los medios de enseñanza más modernos.

El precepto del Corán que obliga á todo mahometano á hacer una visita á la Meca por lo menos una vez en la vida, es causa de que acudan á dicho sitio unos 30.000 extranjeros todos los años. Una gran parte de estos peregrinos tienen que pasar por Egipto para hacer semejante viaje. La vigilancia de estos peregrinos es dificilísima, pero está tan bien organizada, gracias al Convenio internacional, que las grandes epidemias no dominan en Egipto como antes, en que eran muy frecuentes ó se fijaban de un modo casi permanente.

El ganado vacuno ha sido diezmado en algunos años por la peste bovina. La Administración inglesa ha hecho traer nuevas razas exóticas, las ha inmunizado en gran escala con suero, y con este procedimiento parece que se han obtenido buenos resultados.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*). —R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Efectos fisiológicos y empleo terapéutico de la esparteína. — El Dr. Pettey dice que la esparteína es el mejor de los tónicos cardíacos. La digital es un verdadero tónico cardíaco en lo que al corazón se refiere, pero á la vez que disminuye la frecuencia y aumenta la energía de las contracciones de este órgano, contrae el sistema arterial y eleva sobremanera la presión sanguínea, aumentando así la energía que necesita vencer el corazón.

El eléboro disminuye la fuerza y frecuencia de las contracciones cardíacas, y dilata á la vez el sistema arterial, disminuyendo la presión sanguínea y favoreciendo así el curso de la sangre; pero su acción va acompañada de gran depresión, de náuseas y de otros fenómenos desagradables.

La esparteína es el tónico cardíaco ideal, porque reune los efectos de la digital sobre el corazón, y los del eléboro, sobre el sistema arterial. Sus efectos son más acentuados sobre los capilares arteriales, en lo que se asemeja á la belladona, con la diferencia de no obrar sólo sobre los superficiales como ésta, sino también sobre los profundos. Bajo su influencia el pulso se hace blando, lleno y depresible, en vez de duro y resistente, como con la digital. Sus efectos son rápidos, observándose á la hora de administrarse en inyección hipodérmica, y duran de seis á doce horas.

La esparteína es un medicamento de valor inapreciable en todas las enfermedades en que es preciso regularizar y hacer más enérgicas las contracciones cardíacas. En la neumonía, es el medicamento más indicado. En esta enfermedad hay extenuación cardíaca, aumento de la presión sanguínea, congestión venosa pulmonar y general, y el pulmoniaco suele morir por oxigenación insuficiente de la sangre, debida á la poca energía de las contracciones del corazón. La esparteína corrige este estado mejor que ningún otro medicamento. Aumenta la frecuencia y la fuerza de las contracciones cardíacas, dilata el sistema arterial, disminuyendo así la presión sanguínea y la resistencia que necesita vencer el corazón; la circulación pulmonar se normaliza, favoreciéndose de este modo la oxigenación. Es además un excelente diurético nada irritante, y tiene, por último, la ventaja de no producir fenómenos alarmantes como el eléboro.

(*Georgia Pratician*).—F. Toledo.

La morfina en las enfermedades del corazón.—El Dr. H. Rosin refiere el caso de un enfermo de cincuenta y un años, que padecía de insuficiencia del miocardio, y que, hallándose en el período más extremo del trastorno de compensación, á pesar de estarse empleando todos los cardíacos y diuréticos, fué tratado con la morfina en polvo á la dosis de un centígramo, que se repetía tres veces por el día y dos por la noche. A las veinticuatro horas de este tratamiento ya había mejorado notablemente el estado del enfermo, eran menores la disnea y la excitación á la tos, y se presentó el tan deseado sueño, de varias horas de duración. Al tercer día, la diuresis era tan abundante, que no hubiera podido serlo más con el uso de los diuréti-

cos más enérgicos. Como consecuencia de esto, los edemas disminuyeron rápidamente y se redujo la zona de la macicez cardíaca. Los edemas llegaron á desaparecer por completo, y al cabo de seis semanas, en las que el enfermo fué tratado exclusivamente con la morfina, la mejoría era tan notable, que el sujeto ya se pudo dedicar de lleno á su profesión de comerciante al por mayor.

En concepto del autor, enseña este caso: primero, que la morfina ejerce una influencia positiva y beneficiosa, como lo pretende Rosenbach en determinadas anomalías graves de la función cardíaca, y, además, que con la administración de dosis medias de morfina, no se pone en peligro el centro circulatorio.—(*Therapie der Gegenwart*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento de las úlceras de la pierna.—El Dr. J. Brings recomienda el tratamiento siguiente de las úlceras de las piernas en los trabajadores. Después de limpia la úlcera por el reposo en el lecho durante cinco días y los lavatorios con agua fenicada débil, se cubre la pierna desde los dedos del pié hasta el hueco poplíteo con cola de zinc fluidificada por el calor. Esta cola se prepara disolviendo en caliente 20 gramos de óxido de zinc y 20 de gelatina blanca en 80 de agua y 80 de glicerina. Después se la esteriliza, porque la gelatina suele contener bacilos tetánicos y otras bacterias. En la úlcera se coloca un trozo de gasa esterilizada; si las granulaciones son sanas y si la úlcera es atónica ó está cubierta de granulaciones hipertrofiadas, se la trata primero con los calomelanos ó el nitrato argéntico, y después se aplica la gasa. Cuando se seca la capa de cola aplicada sobre la piel, se rodea la pierna con una venda mojada en agua caliente, procurando que no comprima en exceso ni forme arrugas. Las vueltas de venda se cubren con cola de zinc líquida hasta que el tejido quede bien impregnado. A los pocos minutos se aplica una vuelta de vuelta de venda, y así sucesivamente hasta tres ó cuatro. Media hora después, todo el apósito está seco y sólido y el enfermo puede dedicarse á sus ocupaciones. El apósito queda aplicado hasta que le mancha la secreción de la úlcera. A veces es preciso administrar por la noche un narcótico para calmar los dolores que siente el enfermo. Para separar el vendaje se emplea un pediluvio caliente. Las úlceras curan en tres á seis semanas.

La cura con la cola de zinc tiene la ventaja de cerrar al exterior la pérdida de substancia, protegiéndola así. Es elástica, se aplica perfectamente, ejerce una compresión moderada sobre los vasos superficiales cuya tonicidad aumenta, corrigiendo de este modo los trastornos circulatorios locales que tan gran papel desempeñan en la etiología de la úlcera. Puede emplearse como profiláctico en las mujeres embarazadas cuando tienen varices gruesas. La gran ventaja de este tratamiento es permitir á los enfermos seguir dedicándose á sus ocupaciones.

(*Revue. de ther. medico-chirurgicale*, 15 febrero 1906).—F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE BASEDOW

POR EL

DR. E. FERNÁNDEZ SANZ

Médico numerario del Hospital de la Princesa, por oposición.

(Conclusión).

Volviendo ahora á la discusión de la teoría nerviosa ó, mejor dicho, de las teorías nerviosas, comenzaré por el examen de la más vaga de todas, de la que por su misma imprecisión sólo podía aspirar al modesto papel de compás de espera, en tanto que datos más positivos no vinieran á sustituirla: me refiero á la teoría de la neurosis, patrocinado por Charcot; esta hipótesis es de fundamento puramente clínico, se apoya en el carácter de los basedowianos, tan parecidos al de todos los neurósicos, en las propiedades de las manifestaciones sintomáticas, todas ellas de apariencia funcional y muy análogas á las de las neurosis, y en algunas condiciones etiológicas, como la herencia, la influencia de las causas morales. Pero el que clínicamente la enfermedad de Basedow parezca una neurosis, no es razón para que sin más apelación se la incluya en ese grupo, al contrario, es un motivo para que asiduamente se ahonde en el estudio de sus condiciones orgánicas, en busca de un asidero que permita explicar por hechos materiales las manifestaciones de aspecto funcional. En el caso de la enfermedad de Basedow hay un dato indiscutible, el de la alteración del tiroides, que está en relación constante con los síntomas nerviosos, y como aquél es un hecho de anatomía patológica susceptible de investigación directa, á él hay que encaminar el análisis patogénico, abandonando la hipótesis de la neurosis, como se va abandonando en el caso del corea, de la enfermedad de Parkinson, de la epilepsia, porque esa hipótesis sólo es

valedera cuando se ignora todo de la anatomía patológica, pero debe abandonarse cuando el conocimiento de las lesiones comienza á apuntar. Hoy que el grupo de las neurosis se va desmembrando, no es lógico incluir en él á una enfermedad que tiene una lesión anatómica evidente. Mayor aparato de defensa experimental tienen las teorías nerviosas orgánicas, las que subordinan la enfermedad de Basedow á la lesión de un determinado territorio del sistema nervioso. P. Sainton (*in Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, tomo X), las agrupa en dos secciones:

1.ª *Teorías bulbares.*—Vulpian admitía un trastorno paralítico del vago para explicar los síntomas cardíacos y los trastornos gástricos (vómitos) é intestinales (diarrea). En algunas autopsias se han hallado lesiones del cuerpo restiforme y del manojo solitario (Mendel, Marie y Marinesco), y en estos hechos, así como en ciertos experimentos fisiológicos, como la taquicardia, el exoftalmos, la hipertrofia del tiroides producida por la sección de los cuerpos restiformes (Tillaux), se funda la hipótesis que hace de la enfermedad de Basedow la expresión de una lesión orgánica del bulbo. Pero esos hallazgos de autopsia son la excepción, y recíprocamente es la regla general que las lesiones bulbares no se acompañen de síntomas basedowianos.

2.ª *Teoría de la alteración del gran simpático.*—Es la única que hoy disputa la primacía á la teoría glandular, é indudablemente que, reducida á la categoría de agente patogénico subordinado, es la única capaz de explicar satisfactoriamente la mayoría de los síntomas del bocio exoftálmico. Clínicamente, teniendo en cuenta la importancia de los síntomas vasomotores en esta afección, y el papel del simpático en la inervación cardiovascular, claramente se comprende la influencia que éste ha de ejercer en el conjunto sintomático. Experimentalmente, y á partir de los trabajos de Cl. Bernard, también se han aducido valiosos argumentos en defensa de esta teoría. Cl. Bernard, por la excitación del simpático cervical, consiguió producir la exoftalmía y la taquicardia, pero con vasoconstricción en lugar de la vasodilatación basedowiana; inversamente, la parálisis del simpático produce vasodilatación, pero sin taquicardia; además, lo mismo en la excitación que en la parálisis del simpático cervical, se observan síntomas pupilares que faltan en la enfermedad de Basedow.

Para obviar á las contradicciones expuestas, Abadie (*Presse Médicale*, 1899) supone una excitación aislada de las fibras simpática

vasodilatadoras, y por ella explica la exoftalmía, la tumefacción del tiroides y aun la del timo; pero esta hipótesis es completamente gratuita, y aun admitiendo que la propulsión ocular y la tumefacción del tiroides y del timo sean realmente debidas á la vasodilatación, lo que dista mucho de ser cierto (Fr. Frank ha demostrado que la exoftalmía es debida á la acción del músculo de Müller), quedan todavía muchos síntomas basedowianos sin explicación. Gayme supone que el bocio exoftálmico es una afección de todo el sistema simpático, y que según la distribución de las alteraciones, así predominarán unos ú otros síntomas; con hipótesis tan cómoda no hay que temer á las objecciones, pues para todas puede encontrarse respuesta; ahora lo que es más difícil es aducir pruebas de esa pretendida alteración del simpático, que nadie ha visto y que supone un perfecto conocimiento de su fisiología, muy superior á las rudimentarias nociones que hoy poseemos acerca de este asunto. Lo cierto es que la teoría simpática explica algunos de los síntomas de la enfermedad de Basedow (no todos); pero tropieza con dos gravísimas dificultades: 1.ª, que en la inmensa mayoría de los casos no se encuentra lesión alguna del simpático; 2.ª, que el tratamiento encaminado á modificar las condiciones de la inervación simpática, ó no da resultado alguno, ó le da muy escaso, ó es susceptible de ser explicado por influencias ajenas al simpático. Por estas razones, va creciendo cada día la importancia de la teoría glandular, y en torno de ella se van agrupando los hechos clínicos y experimentales, trabajándose asiduamente en el desvanecimiento de las sombras que aún la obscurecen.

El encumbramiento de la teoría tiroidea es natural consecuencia del progreso de la patología de las glándulas vasculares sanguíneas en general, y del tiroides en particular. Aunque la fisiología de este órgano no está completamente dilucidada, lo que de ella se sabe basta para autorizar el supuesto de que la enfermedad de Basedow es debida á una alteración de la función tiroidea: legitiman esta hipótesis la constancia del trastorno estructural del tiroides, aun en los casos en que parece indemne á simple vista y los resultados de la experimentación fisiológica. No puede negarse que el tiroides juega un papel en el bocio exoftálmico, y en esto hay unanimidad completa: las divergencias surgen al interpretar la naturaleza del trastorno glandular y su relación con los síntomas nerviosos, pues para algunos está subordinado á éstos, mientras que para la mayoría de los autores es causa de ellos.

En la teoría de la intoxicación tiroidea márcanse dos tendencias principales: la de los que admiten un exceso de actividad funcional con aumento de producción del jugo tiroideo, con *hipertiroidización* del organismo, y la de los que suponen que no hay exceso de función, sino perversión de la misma, producción de un jugo viciado, *distiroidización*. La primera opinión, defendida por Moebius, ha gozado de mucho favor hasta que modernos descubrimientos la han hecho perder mucho de su valor primitivo: se funda en la analogía de varios de los síntomas basedowianos con los producidos por la ingestión de los preparados de tiroides, en el antagonismo que existe entre las manifestaciones del bocio exoftálmico y las del mixœdema, debido á un *déficit* de secreción tiroidea, en la hipertrofia del tiroides, en los buenos efectos que á veces se obtienen de la tiroidectomía parcial, en los malos resultados de la medicación tiroidea (no siempre, pues á veces es beneficiosa; ejemplo, el caso que he historiado). A estos argumentos oponen los partidarios de la distiroidización las siguientes razones: en primer lugar, hay muchos casos en que la tiroidectomía fracasa, y en cambio es eficaz la medicación tiroidea; los síntomas no guardan relación en su intensidad con el grado de tumefacción del tiroides, habiendo casos muy graves sin aumento apreciable del volumen de este órgano, y, viceversa, hay bocios parenquimatosos de gran tamaño y con estructuro análoga á la de los bocios basedowianos, en los que faltan los síntomas de esta enfermedad; por último, no se ha podido reproducir íntegramente el bocio exoftálmico por la ingestión de jugo tiroideo.

La teoría de la distiroidización ha sido sostenida por Renaut, que admite la existencia de una neoformación de folículos en el centro del lobulillo tiroideo, los cuales producen una substancia coloide distinta de la normal; Renaut llama á esa substancia patológica *tiromucoina*, y la considera como una fase embrionaria de elaboración incompleta de la tirocoloína normal: esta substancia anómala, impregnando el organismo y especialmente el sistema nervioso, daría lugar á los síntomas basedowianos. La prueba directa de esta teoría, que parece muy racional y que permite explicar sin esfuerzo los hechos clínicos y experimentales, consistiría en el aislamiento, en la determinación química de esa substancia anormal y en su inoculación experimental; esta prueba no es por ahora posible, puesto que se ignora la composición química exacta del jugo tiroideo normal; sin embargo, la hipótesis de la distiroidización tiene el

su apoyo valiosos argumentos anatomopatológicos, clínicos y experimentales.

La hipertrofia del tiroides no es una hipertrofia simple, pues los alveolos neoformados no reproducen exactamente la estructura de los normales, siendo mucho más numerosas las células que tapizan sus paredes, hasta el punto de formar acúmulos dispuestos en pliegues que se destacan de la pared, ó masas que llenan la luz alveolar: la forma de las células es columnar, en vez de la cúbica normal. Parece, pues, muy razonable suponer que á estas alteraciones estructurales han de corresponder otras funcionales, no debiendo ser el mismo el producto de esas células creadas en virtud de una exagerada proliferación, que el de los elementos normales. Por otro lado, la hipertrofia tiroidea, aun suponiendo que diera lugar en parte á un aumento de producción de jugo tiroideo normal, podría considerarse muy bien como un fenómeno secundario, de compensación, provocado por la viciación secretoria primitiva, es decir, que sería una hipertrofia consecutiva, ocasional, análoga á la que se observa en los experimentos de tiroidectomía parcial. La misma interpretación es aplicable á la hipertrofia del timo, muy frecuente en la enfermedad de Basedow y que á la vez que prueba la solidaridad funcional de las glándulas de secreción interna, demuestra que no puede ser aquella afección debida á un exceso de secreción tiroidea, pues si tal ocurriera no tenía para qué hipertrofiarse otra glándula, intentando suplir las deficiencias de la primera: la hipertrofia del timo se observa también con la misma apariencia de reacción compensadora en la enfermedad de Addison, y, razonando por analogía, debe suponerse que si en ésta trata el timo de suplir á la secreción suprarrenal defectuosa, en el bocio exoftálmico tiende á corregir los defectos de la secreción tiroidea.

Por último, un hecho clínico de gran significación es la posible aparición del mixœdema consecutivo al bocio exoftálmico: esta sucesión de dos procesos de apariencias antagónicas se explica perfectamente en el supuesto de que el cuerpo tiroides, primitivamente pervertido en su estructura y en su función, comienza por hipertrofiarse para compensar esos defectos, hasta que, vencido en la lucha, termina por atrofiarse, sobreviniendo el mixœdema: ocurre aquí, en el orden químico, lo mismo que ocurre en el orden mecánico en muchas afecciones cardíacas: primero, lesión orgánica y perturbación de la función; luego, hipertrofia y compensación de los trastornos; por fin, ruptura del equilibrio, agotamiento del corazón, asistolia;

en el tiroides, primero lesión y perversión funcionales; después, hipertrofia compensadora, no sólo del tiroides mismo, sino también de otras glándulas vasculares, timo, bazo, ganglios linfáticos; por último, atrofia y mixœdema. En los casos en que la hipertrofia compensadora es marcadamente insuficiente, se comprende que la medicación tiroidea sea eficaz, y así se explican los casos aliviados por ésta, que serían paradógicos según la teoría de la hipertiroidización.

En suma: la hipótesis de la viciación de la función tiroidea, sin explicar todas las particularidades del mal de Basedow, pues para ello sería preciso un conocimiento de las funciones tiroideas más perfecto del que hoy conocemos, se adapta muy bien á los datos anatomopatológicos y experimentales y explica suficientemente los hechos clínicos.

Recientemente se han emitido nuevas opiniones acerca de la patogenia del bocio exoftálmico, que si no pueden aspirar á la explicación integral de esta enfermedad, sí pueden dar cuenta de algunas de sus particularidades, y en este concepto no pueden ser pasadas por alto. Se refieren esas opiniones al papel patogénico de las alteraciones de las glándulas paratiroides. El primer hecho que debe fijar nuestra atención es el gran parecido de la estructura del tiroides basedowiano con la del tejido paratiroideo normal. Humphry (*The Lancet*, núm. 4.289) ha publicado dos casos de mal de Basedow, terminados por muerte con síntomas de gran agitación nerviosa y de impotencia cardíaca, en los cuales se encontraron las glándulas paratiroides infiltradas de grasa que había reemplazado á las células epiteliales normales, reducidas á muy escaso número. En otro caso de enfermedad de Basedow, en el que sobrevino la muerte á consecuencia de una afeccion cardíaca, se observó también infiltración grasienta de las paratiroides, pero en grado mucho menos marcado que en los dos casos anteriores. En un cuarto caso se obtuvo una glándula paratiroides en vida al hacer una tiroidectomía parcial; en este caso no había infiltración grasienta, pero las células de la paratiroides estaban algo alteradas, pues el protoplasma estaba algo retraído y los núcleos, en cambio, aumentados de volumen.

De estos hechos parece inferirse que las lesiones de las glándulas paratiroides tienen importancia para el pronóstico de la enfermedad de Basedow, puesto que son más marcadas en los casos mortales, pudiéndose hacerlas responsables de los síntomas agudos de l·

afección. Esta opinión está en perfecta armonía con lo que se sabe acerca de la patología de esas minúsculas glándulas: en efecto, la experimentación ha demostrado que la extirpación del tiroides y de las paratiroides produce resultados diferentes de los determinados por la del tiroides solo; en el primer caso se presentan síntomas agudos y mortales con temblor, convulsiones, parálisis, disnea y muerte pronta, mientras que en el segundo caso la evolución es lenta y el conjunto sintomático es el del mixœdema. Es decir, que si á la supresión del tiroides se agrega la de las paratiroides, los síntomas se agudizan y la muerte sobreviene rápidamente. Es, pues, lógico suponer que las exacerbaciones y la terminación funesta de la enfermedad de Basedow pueden ser debidas á las lesiones de las glándulas paratiroides, teniendo éstas sobre todo una significación pronóstica. Este parece ser el verdadero papel de esas glándulas en la enfermedad de Basedow, no estando probada la hipótesis de Moussu, quien exagerando la importancia patogénica de las mismas, supone que aquella enfermedad es debida á una insuficiencia paratiroidea; al contrario, se oponen á esta teoría los hechos experimentales, que demuestran que la ablación de las paratiroides da lugar á un síndrome muy distinto del de la enfermedad de Basedow, y las observaciones anatómicas de Humphry, más arriba citadas, que enseñan que las lesiones paratiroideas son relativamente tardías.

Sintetizando esta larga discusión patogénica, pueden formularse las siguientes conclusiones provisionales, susceptibles de perfeccionamiento y enmienda á medida que el ulterior progreso vaya despejando las incógnitas hoy existentes: 1.ª, el bocio exoftálmico es expresión de una lesión primitiva de la glándula tiroides, con perversión de su función secretoria; 2.ª, consecutivamente se produce una hipertrofia del tiroides y de otras glándulas vasculares sanguíneas; 3.ª, el jugo tiroideo pervertido ejerce una acción tóxica sobre todo el organismo, en especial sobre el sistema nervioso, más especialmente todavía sobre el simpático, y más concretamente aún sobre la inervación vasomotora.

***

Los métodos terapéuticos encaminados á combatir el bocio exoftálmico son en extremo numerosos; esta misma abundancia indica ya su escasa eficacia, pues prueba la necesidad de tentativas incesantes para suplir los defectos de lo ya experimentado. Agrupar-

esos medios en cuatro secciones: 1.ª, tratamiento quirúrgico; 2.ª, farmacológico; 3.ª, físico (electricidad, radioterapia), y 4.ª, organoterápico (opoterapia y seroterapia).

El tratamiento quirúrgico pretende curar la afección, interviniendo en el tiroides ó en el simpático cervical; estas dos orientaciones responden respectivamente á las dos principales teorías patogénicas que antes he expuesto, pero ninguna de ellas ha conseguido hasta ahora obtener resultados plenamente satisfactorios. Abandonada ya la tiroidectomía total y la exotiropexia definitivamente, sólo se practican, como operaciones sobre el tiroides, la tiroidectomía parcial y la ligadura de las arterias tiroideas; esta última es la menos peligrosa, pero sólo se la atribuye una acción pasajera; en cuanto á la tiroidectomía parcial no deja de ser expuesta á riesgos, indudablemente aumentados por el grave estado en que se encuentran la mayoría de los enfermos que se deciden á someterse á una operación de esta importancia; sin embargo, no faltan estadísticas favorables: así Allen Starr (cit. por P. Sainton, *loc. cit.*) cuenta 74 curaciones en 190 casos, y Kocher (cit. por H. Mackenzie, *British Medical Journal*, 28 octubre 1905), en 59 casos, 76 por 100 de curaciones, 14 por 100 de alivios y 6'7 por 100 de mortalidad. Las operaciones del simpático padecen actualmente del mismo descrédito que la teoría patogénica nerviosa. La sección del simpático cervical preconizada por Jaboulay y apoyada en algunas estadísticas ventajosas, como la de Herbert (*Tesis de París*, 1898), no ha podido, á pesar de todo, entrar en la práctica corriente.

El tratamiento farmacológico fué el único empleado en un principio, y aún conserva en la actualidad una considerable importancia, pues como medicación sintomática puede dar excelentes resultados, y en tal concepto atenúa mucho las molestias del enfermo, en tanto que no se descubra el tratamiento específico, aún ignorado. Siendo los síntomas nerviosos y los cardiovasculares los dominantes en el bocio exoftálmico, contra ellos ha de dirigirse preferentemente la intervención terapéutica. La excitabilidad nerviosa que bajo múltiples aspectos y manifestaciones es el rasgo más saliente de los basedowianos, se combate con los medicamentos sedantes y especialmente por la belladona y el bromuro potásico. Responden á indicaciones especiales: el opio, en las crisis diarréicas; la antipirina, en las de cefalalgia; la hioscina, en las de agitación motora; el cloral y sus afines, en el insomnio. Los sedantes del sistema nervioso tienen también aplicación á los síntomas cardiovasculares; en los

casos de astenia cardíaca se emplearán los tónicos del corazón, digital, estricnina, etc.

Pero el tratamiento farmacológico no se limita á esta modesta terapéutica sintomática; algunos medicamentos se han empleado con un fin patogénico para combatir directamente el proceso morboso. Así se prescribe el arsénico, y Murray (*Lancet*, núm. 4.289) aconseja su empleo á dosis pequeñas. En cambio el ioduro potásico, que también se ha usado en ocasiones, parece contraindicado, como la medicación yódica en general. Los compuestos de ácido fosfórico parecen indiferentes.

A juzgar por los resultados publicados, mucho es lo que puede esperarse del tratamiento físico. La electricidad se ha aplicado con arreglo á diversos procedimientos. Vigouroux ideó un método complicado, consistente en la faradización del simpático cervical á nivel del punto carotídeo (ángulo del maxilar inferior), del orbicular, de los párpados, del tiroides y de la región precordial. Horsley emplea también la corriente farádica, colocando un electrodo sobre el bocio y otro en la nuca. El distinguido médico de la Beneficencia municipal de Madrid, Dr. Galiana, ha publicado recientemente un folleto en el que expone los buenos resultados obtenidos por las aplicaciones galvánicas estables, colocando el polo positivo en la parte posterior inferior del cuello y el negativo (activo) sobre el tiroides; refiere seis casos clínicos, en los que con ese procedimiento se obtuvo una notable mejoría de los síntomas, tanto cardíacos como nerviosos. En general, se admite que el tratamiento eléctrico, prudentemente aplicado, es inofensivo, y en muchos casos alivia considerablemente á los enfermos; lo que es algo dudoso es que este alivio sea definitivo y que pueda llegar á la curación completa.

Se ha ensayado la acción de los rayos X sobre el bocio exoftálmico. Murray (*loc. cit.*), en un caso obtuvo un efecto contrario al que se proponía, pues los síntomas se agravaron. En cambio, Beck (*British Medical Journal*, 26 agosto 1905) dice haber obtenido excelente resultado en tres casos, en los cuales aplicó los rayos X después de la tiroidectomía parcial. Hasta ahora los hechos conocidos no parecen augurar un brillante porvenir á la radioterapia del bocio exoftálmico.

Voy á tratar, por último, de la opoterapia de la enfermedad de Basedow, y de su derivado la seroterapia, asunto este postrero, que es objeto en la actualidad de asiduo estudio. Si la enfermedad de Basedow es debida, según todas las probabilidades, á una viciación

de la secreción tiroidea, parece lógico que para combatirla se administre al organismo el jugo tiroideo normal; pero si se considera á aquella afección como producida por un exceso de función del tiroides, la medicación tiroidea estará absolutamente contraindicada; estos puntos de vista patogénicos antagónicos han dictado contradictorias reglas terapéuticas y los hechos no han permitido resolver la cuestión en ningún sentido, pues si en unos casos los resultados han sido satisfactorios, en otros han sido perjudiciales, y así, mientras Murray, por ejemplo, dice que jamás debe emplearse la medicación tiroidea en el bocio exoftálmico. Mackenzie, Vermehnen y aun Mossel, la aconsejan, siempre que se administre con prudencia y vigilando cuidadosamente los efectos: esta es la conducta que he seguido yo en el caso que he historiado, y no he tenido motivo para arrepentirme de ello.

La hipertrofia del timo en la enfermedad de Basedow ha sugerido la administración terapéutica de extractos de ese órgano: en algunos casos parece que se ha obtenido buen resultado, pero faltan todavía datos para formular un juicio definitivo.

Las tentativas de seroterapia antibasedowiana datan de 1895, época en que Ballet y Enriquez (*Congrès des alienistes et neurologistes français*, 1895), emplearon el suero de perros tiroidectomizados, con el fin de neutralizar el exceso de secreción tiroidea, que suponían existir en los basedowianos. Con el mismo objeto, Burghart y Blumenthal (*Deutsche Medicinische Wochenschrif*, *Set.* 1899), utilizaron la sangre de un mixœdematoso, que mezclada con solución salina normal y cloroformo y filtrada, fué inyectada á una basedowiana, obteniendo una mejoría sólo transitoria: después los mismos autores han usado el suero de perros tiroidectomizados. Mœbius (*Neurologisches Centralblatt*, núm. 22, 1901), ha obtenido un suero de carnero tiroidectomizado (antitiroidina), que ha experimentado también con resultado satisfactorio. Lanz ha empleado la leche de cabras tiroidectomizadas. (Murray, *loc. cit.*).

Partiendo de la hipótesis de que la enfermedad de Basedow es debida á un exceso de producción de jugo tiroideo, y fundándose en la teoría general de los *antikörper*, Mankowsky (*Russisches Archiv. für Pathologie*, 1902), ha intentado provocar la formación de citolisinas específicas, introduciendo cuerpo tiroides de perro en la cavidad peritoneal del gato y recogiendo el suero de éste: este suero fué inyectado á perros sanos, en los que produjo síntomas análogos á los consecutivos á la tiroidectomía. Portis (*Journal of Infec*

tious Diseases, núm. 1, 1904), ha obtenido también un suero *tirotóxico* por inyección de emulsión de tiroides de perro en la cavidad peritoneal de la cabra, pero este suero produce tales lesiones, no sólo en el tiroides, sino también en el hígado, bazo y riñones, que no puede ser aplicado con un fin terapéutico. Lepine (*Lyon Medical*, 29 noviembre 1903), intentó preparar un suero antibasedowiano, sometiendo á una cabra á inyecciones de emulsiones de cuerpo tiroides, pero los accidentes sépticos que sobrevinieron le obligaron á sustituir este procedimiento por el de la ingestión *per os:* el animal experimentó al principio diarrea, taquicardia y disnea, pero gradualmente llegó á tolerar hasta 25 lóbulos de tiroides sin inconveniente: el suero de este animal, inyectado al perro, produjo síntomas parecidos á los del mixœdema (lentitud del pulso, somnolencia, disminución de la cantidad de urea). Murray (*loc. cit.*), ha preparado un suero de conejo y de cabra, haciendo comer á estos animales extracto tiroideo de carnero; el suero de conejo, aplicado en los casos de bocio exoftálmico, no dió resultado positivo alguno, y con el de cabra, aplicado en otros dos casos, tampoco se obtuvieron ventajas superiores á las conseguidas con el tratamiento farmacológico y el reposo en el hospital.

En suma, el tratamiento práctico actual de la enfermedad de Basedow consiste en el empleo de una medicación sintomática oportuna, de la faradización y galvanización y en el prudente tanteo de las preparaciones tímicas y tiroideas.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Higiene de las escuelas. — II. La sífilis en la antigüedad y en nuestros días. — III. El embarazo y la lactancia. — IV. Cosquilleo: acción fisiológica y morbosa.

1. Como recordatorio de los progresos realizados en los locales para escuelas, en Francia, extracto el informe redactado por el doctor Ivon (G.) y presentado, en unión de los Sres. Caudron y Narboni, á la Sociedad de Médicos inspectores.

Emplazamiento. — El jase terreno vasto, lejos de toda construcción, de todos los sitios de aglomeración (hospitales, dispensarios, cuarteles, cárceles, mataderos, estaciones, etc.), y de los puntos de venta de bebidas alcohólicas, elevado, para que tenga así iluminación y ventilación.

El Reglamento actual exige sólo la distancia de 8 metros entre la escuela y las casas, lo que no es suficiente: debiera haber de 25 á 30 metros si las clases están en la planta baja, y de 20 á 25 si en los pisos.

Terreno. — Seco, calcáreo ó arenoso, y en caso de humedad inevitable, se ha de emplear el desagüe subterráneo. La planta baja estará á 0'60 metros del suelo, á menos que éste sea muy seco.

Superficie, orientación, techumbre. — Cada alumno debe disponer de 12 metros cuadrados (no 10 como es hoy lo oficial).

La mejor *orientación* es hacia el SE. y NO., porque evita á la par un soleamiento intenso y que el sol penetre en las clases cuando están ocupadas.

Como *elevación* debe bastar un solo piso para reducir al mínimum la sombra proyectada en el patio.

La *cubierta* debe ser inclinada, simple ó doble, con tejas ó pizarras.

Disposición de las clases. — *Forma* rectangular, que permite un máximum de alumnos; pero, si son pocos, es preferible un cuadrado.

La *superficie*, hoy de 9 × 4'50 × 7 para 50 alumnos, es insuficiente: no debe haber en estas dimensiones más que 42 escolares dispuestos en 7 filas de 6 puestos, con un espacio de 0'25 metros entre las filas.

Es útil haya una *clase suplementaria* para recibir los que pudieran llegar más tarde, sin necesidad de reducir el espacio.

El *suelo* debe ser de madera, con una capa de betún para que no haya humedad. Los *techos* sin cornisa y en ángulo redondo con los muros (curva de 0'10 de radio). Los *muros* unidos entre sí con los mismos ángulos y pintados de color claro (verde claro ó gris lino, por ejemplo), y encima un barniz que permita un lavado fácil; la parte baja de las paredes ha de ser cementada, de tono más obscuro y sin salientes.

Alumbrado, ventilación, calentamiento. — *Iluminación* lateral izquierda, pero en el lado derecho debe haber aberturas para la ventilación, con tal que la luz que entre por ellas pase por encima del

alumno sin proyectar sombra sobre las mesas. La iluminación de arriba tal vez sólo conviene en las salas de dibujo y de trabajo manual. El mejor alumbrado artificial es el Auer con capuchón para el desprendimiento de los gases de la combustión.

La clase será protegida del sol para que no moleste el exceso de calor y de luz. Para este fin habrá *stores* de tela que filtran mucha luz difusa, que se desarrollan de abajo arriba; para librarlos del polvo, una vez arrollados, debieran ponerse en una funda. Las aberturas de iluminación estarán opuestas á aquellas por donde entre el sol, para que puedan ser tapadas éstas transitoriamente y quede luz suficiente.

La *ventilación* ha de tener como principal agente las ventanas y éstas han de estar á 0'20 metros del techo y á 1'50 del suelo, y tener una altura igual á los dos tercios de la anchura de la clase y una anchura mínima igual al conjunto de mesas. Si hay dos ventanas en la misma clase, el espacio que las separa debe quedar reducido á los marcos; los travesaños de madera que sujetan los vidrios han de ser planos y oblicuos para que no se deposite el polvo. Para que la ventilación sea suficiente, debe disponer de 6 m^3 (hoy se exige sólo 5). La ventana de ventilación estará provista de postigos movibles en el sentido vertical. Durante las horas de recreo se abrirán todas las puertas y ventanas.

El *calentamiento* es el de vapor de agua con tiro de aire en la parte superior de las ventanas, para que no se enfríe bruscamente la sala. Temperatura media, de 15 á 16°.

MATERIAL Y MOBILIARIO ESCOLARES.—Si el mobiliario es malo, puede causar deformidades y miopía.

Las dimensiones de la *mesa* y *asiento* serán proporcionadas á la talla del escolar, no debiendo haber un tipo uniforme. Serán individuales, para evitar el contagio, y la longitud variará entre 0'30 y 0'40 metros para los cuatro tipos admitidos. Oficialmente ha de haber cuatro tipos de mesa, que varíen de alto entre 0'44 y 0'70, de 0'35 á 0'45 de ancho, de 0'55 á 0'60 de largo y con una inclinación de 15 á 18°; admite, además, un quinto tipo, por si hubiera niños de más de 1'50 metros. La primera fila de frente á la pared ha de estar á 2 metros de ésta y la última á 1 de la situada detrás.

El *asiento* estará á una altura del suelo igual á la distancia entre la planta del pié apoyado en el suelo, ó sobre un travesaño ú otro aparato, y el pliegue de la rodilla, ó sea $^2/_7$ de la talla, y la del asiento al borde posterior de la mesa, la que separa al cóccix de la punta

del codo estando doblado el antebrazo, ó sea $^1/_7$ de la talla. La mesa mejor y la que más evita la xifosis es aquella cuyo borde posterior está situado en el mismo plano que el borde anterior del asiento. El asiento debe ser tan ancho como los $^2/_3$ del muslo, de 0'22 metros á 0'32, según la talla, y fijo, no movible.

Libros.—Papel amarillo no glaseado y con caracteres á lo menos de milímetro y medio de alto, para que pueda leerse con facilidad á medio metro, si el alumbrado es suficiente. Las líneas de las letras debieran tener un cuarto de milímetro de gruesas y ser las interlíneas de dos y medio milímetros.

Tintas y lápices.—La tinta debe reemplazar siempre á los lápices de mina de plomo y sobre todo al de pizarrín, que tiene un cuarto menos de visibilidad, y que por no ser con frecuencia propiedad del niño, es fuente de contagio, pues pasa de una á otra boca.

Pizarras. — Mates y no barnizadas; si están puestas en la pared, han de quedar incrustadas para que no formen relieve alguno en donde se deposite el polvo. Las movibles son aceptables cuando la luz no es suficiente, pues se las puede poner en los puntos mejor iluminados.

Mapas. Cuadros.—No estarán barnizados, y cuando no se les haya de utilizar, se les arrollará y guardará. Pecan por muy confusos y por tener caracteres muy pequeños.

Patio. Excusados. Orinaderos.—El *patio* ha de ser bien aireado, que no le hagan sombra las construcciones y de una superficie á razón de 5 m² por alumno: tendrá árboles no olorosos, distanciados y, cuando jóvenes, sin abrigo protector para que los niños no se lesionen. El suelo asfaltado. Habrá agua potable, cuyo uso será reglamentado.

Los *excusados* estarán aislados y comunicarán con el edificio mediante una galería cubierta; serán del sistema de todo á la cloaca. El asiento de gres vitrificado é inclinado por todas partes hacia la abertura; en las escuelas maternales se hallará dispuesto de modo que los niños puedan sentarse. Las paredes serán lisas, impermeables, para que puedan ser lavadas á chorro; los ángulos redondeados y el suelo de gres impermeable con pendiente hacia la fosa.

Las *losas* de los orinaderos estarán continuamente regadas con agua ó cubiertas con aceite de hulla.

Corredores. Escalera.—Los corredores tendrán una anchura de 1'60 metros, y su suelo, de locetas, será lavable. La iluminación y ventilación serán abundantes.

Las *escaleras*, bien aireadas y ventiladas, con mesetas de tramos rectos, tendrán cada tramo de 1'50 metros de largo, 0'20 de ancho y 0'16 de alto. En las escuelas de niños habrá de metro en metro en el pasamanos botones ó bolas grandes.

Otros locales.—*Guardarropía* especial con lavabos, *merendero*, también especial, y una especie de *despensa* separada del edificio.

Los *talleres* para el trabajo manual estarán muy ventilados y con una chimenea de aspiración.

La *sala de baños* está prescrita, pero no la hay.

La *habitación de los profesores* debe estar separada de la escuela, como garantía en caso de enfermedad contagiosa, y con puerta independiente.

El *locutorio* estará también separado de las clases.

Es conveniente una *escalera de socorro* para el caso de incendio, así como toda suerte de facilidades para la evacuación. En cada piso será instalado un *depósito de agua* (*Le Progrès médical*, 1905).

II. Si, como todo parece probarlo, la sífilis es antiquísima, es casi seguro que no llegó nunca en tiempos remotos á la malignidad de la Edad Media. Parece, como algunos opinan, que el atenuado virus viejo se hizo muy virulento en el sitio de Nápoles por la llegada y la mezcla con otro virus exótico. Esta mezcla hace que se repute maligna la sífilis napolitana, y en general la que procede de prostitutas de puerto, más expuestas á los contactos extraños.

El cambio de intensidad en el tiempo no es la única variante de la sífilis: lo son también sus manifestaciones. Hoy las localizaciones en el sistema nervioso, casi desconocidas en los pueblos apartados de la civilización, privan más que las úlceras y los gomas.

En nuestros días ha adquirido gran preponderancia en varias naciones (Galicia, Rusia). El periódico *Russische Mediz. Rundschau*, dice que en Odessa hay 75 por 100 sifilíticos de sus 450.000 habitantes, y que en el gobierno de Rjasan están casi todos contaminados. Si se repara que hay un médico por 1 000 kilómetros cuadrados en varios parajes, se comprenderá lo casi imposible de la lucha contra ella.

También cunde por modo alarmante en los ejércitos europeos Una estadística de 1900 revela datos espantosos:

Ejército alemán...	17'8 sifilíticos por 1.000		
— francés	37'2	—	—
— austriaco	50'8	—	—
— italiano	89'7	—	—
— inglés	98'4	—	—

Cifras que deben ser mucho más altas, pues pasarán inadvertidos no pocos casos por ignorancia ó por malicia.

Urge una severa profilaxis. Un médico militar de Budapest ha organizado una buena serie de medidas: conferencias sobre los peligros á que se exponen con el coito, invitación para que inmediatamente después de éste pasen á la enfermería para hacer abluciones ó instilaciones antisépticas. Los resultados han sido rápidos:

27'8 casos de enfermedades venéreas en los soldados vigilados.
57'8 — — — — no vigilados.

Y lo que se ha hecho con los militares, bien puede hacerse con todo el mundo.

Algo más se logrará por este camino que con los castigos que se imponen en otras partes, Francia, por ejemplo: cuatro días de arresto, en el caso de chancro ó blenorragia (Friedel, *Le Progrès médical*, 1905).

III. Durante mucho tiempo ha sido considerada la leche de mujer embarazada como una especie de tóxico para el niño. Contra esta opinión se habían alzado varios médicos, y luego Budin demostró que era completamente errónea, como también lo probó Perier. Un discípulo de éste, el Dr. L. Guérin, aprovechando las observaciones de su maestro y las suyas, ha reunido materia para su Tesis de Doctorado (*L'allaitement au cours de la grossesse*, París, 1905).

En los animales, la vaca especialmente, la lactancia puede continuar sin peligro alguno hasta una época avanzada del embarazo. Además, la química enseña que la leche de vaca, como la de mujer, apenas si cambia de composición, y que de ningún modo vuelve al período de calostro, como creía Donné.

Respecto á los niños, no se observa en ellos alteraciones dignas de mención. Poirier, en 17 niños, ha notado que la prolongación de la lactancia hasta el cuarto, quinto y sexto mes del embarazo, ni modifica su salud ni estorba al crecimiento regular del peso; lo mismo comprobó Sutils (1898) en 26 niños, uno de los cuales pertenecía á una madre que había lactado en dos embarazos anteriores.

Por lo que hace á la madre, no es exacto que la lactancia provoque alguna vez el aborto: Poirier deduce de sus estadísticas que éste no es más frecuente en las mujeres que lactan. Sólo en el concepto del doble gasto es como puede ser nociva á la madre; pero el riesgo que se corre es mucho menor de lo que se piensa, y en muchos casos no existe. De modo que el empezar un embarazo durante la lactan-

cia, no es causa absoluta de destete inmediato ó de cambio de leche; al contrario, se debe contiuuar cuando el niño sea muy joven, sufra alguna enfermedad febril, se halle en la evolución dentaria, tenga diarrea ó se esté en la época de los calores, pues entonces sería peligroso el destete.

En estos casos de continuación de lactancia, conviene de todos modos vigilar atentamente y usar la balanza, la que nos indicará si la leche basta ó hay que buscar en la de vaca el complemento necesario. Si se notara fatiga manifiesta en la madre, debe suspenderse la lactancia.

IV. El cosquilleo puede provocar graves daños. Un niño de doce años tuvo el primer ataque de epilepsia en pos de un prolongado cosquilleo hecho en los lados del tórax, hacia las axilas (Féré); una joven de veinticuatro años fué coréica por la misma irritación; también aparecen trastornos neurasténicos graves, y en muchos individuos provoca angustia por el hecho en sí y por la simple amenaza de ejecutarlo. Dechambre dice que muy prolongado puede causar la muerte. Graham Brown ha visto en un hombre de treinta y un años, con el cosquilleo de los lados del tórax, trastornos cardíacos, dilatación é irritabilidad. Arthur Mitchell cree que la irritación del cosquilleo es desagradable y hasta molesta, que la risa que la acompaña no va unida al placer. No es raro que los niños se pongan á hacerse cosquillas y que el goce inicial se convierta en pena, en cólera.

Este entretenimiento no es exclusivo de los niños, y E. R. Titchener y J. Baldwin se lamentan de que no haya sido analizado. A ello se ha dedicado Féré (*Soc. de Biol.*, 1905).

El contacto sólo produce su efecto cuando es ligero, sin presión; en él influye la persona que lo practica y el que esté ó no prevenido el que lo recibe.

La fatiga aumenta la excitabilidad y ésta es aumentada por la amenaza. Son menos activos los movimientos rítmicos, por rápidos que sean, que los irregulares: aquéllos son moderadamente excitantes y causan sensación agradable, como una caricia; éstos son molestos.

El efecto es más intenso en los sujetos sensibles y en las regiones más irritables, y éstas varían en los individuos; pero, en general, lo son las muy ricas en nervios (aberturas nasales, conductos auditivos, labios, planta de los piés, palma de las manos, cara anterior del cuello, piernas, etc.); pero algunos tienen zonas muy irritables

especiales en puntos menos sensibles (costillas, abdomen, dorso, parte posterior de los miembros).

En general, el cosquilleo no puede ser producido por el mismo individuo, si no emplea un objeto apropiado, pero hay excepciones.

La excitabilidad mengua con los años y después de establecidas las relaciones sexuales.

Es comparable la irritación cutánea á la atribuída á los parásitos de las fosas nasales, conducto auditivo ó tubo digestivo, y como ellos puede aumentar la intensidad del efecto con la duración.

La sensibilidad al cosquilleo, más acentuada en los individuos muy sensibles, está disminuída en los imbéciles y en cuantos tienen decadencia intelectual, independientemente de la edad.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 17 de Marzo de 1906.

Fiebre aftosa por probable inoculación de la vacuna. — El Dr. Iglesias: El caso clínico expuesto por el Dr. González Alvarez entraña gran interés, y exige, en mi humilde juicio, que la Academia fije en él su ilustrada atención, á fin de resolver, en la medida de lo posible, los problemas que plantea, y de aclarar cuestiones que, al menos para mí, aparecen obscuras y dudosas.

Por tales consideraciones me he decidido á intervenir en este debate, procurando ceñirme á la comunicación del Dr. González Alvarez y recordando que en el año académico de 1902, y con motivo de otra observación clínica que nuestro distinguido compañero comunicó á la Academia, diagnosticándola también de *fiebre aftosa transmitida de los animales*, debatimos esta materia, teniendo el sentimiento de disentir de su autorizada opinión.

Creo oportuno consignar, tratándose de un caso práctico observado en e pasado mes de enero, que según los estudios de la Comisión de Efemérides Epidemias, Contagios y Epizootias de esta Academia, durante dicho me y en los demás del invierno reinaron en Madrid, entre otras enfermedades infecciones de diversa índole, con manifestaciones interiores y exteriore de la extremidad cefálica, como parótidas, anginas catarrales, pultáceas difteroides, poca difteria, erisipelas faciales, septicemias y algunos cas

del gravísimo flegmón de Ludwing; y que en el ganado vacuno no se presentaron casos de glosopeda, como sucede desde hace algún tiempo.

La *sintomatología* del caso á que me voy refiriendo no me ha convencido, hasta el momento presente, de que se haya tratado de una *fiebre aftosa debida á probable inoculación de la vacuna;* y abrigo tantas dudas como las que tuve el honor de exponer en el año de 1902 respecto al diagnóstico, no estando tampoco conforme en lo referente al probable origen de la enfermedad.

Sabido es que la fiebre aftosa, uno de los once padecimientos que pueden transmitirse de los animales al hombre, es tan frecuente en aquéllos como rara en éste. Así se comprende que haya habido médicos y veterinarios que hayan negado la transmisión de la enfermedad á la especie humana; que en el Hospital de Niños enfermos de París no se haya presentado un solo caso de fiebre aftosa en un período de veinte años, á pesar de haber reinado en dicho tiempo epizootias de glosopeda, y que profesores tan competentes como Roux aseguren que para tener derecho á afirmar la existencia de la enfermedad en el hombre, es condición precisa que se haya reproducido el padecimiento en los animales por la inoculación de las aftas humanas.

En el caso expuesto por el Dr. González Alvarez no se ha demostrado la existencia del agente infeccioso de la glosopeda. Se trataba de un niño de ocho meses, que se alimentaba con leche de mujer; no consta que hiciera uso de leche procedente de animales afectados de glosopeda, y mucho menos de sus productos, leche y manteca, ni de agua en que hubieren bebido animales glosopédicos, ni de contacto directo ó indirecto con ellos, ni de vacuna sospechosa.

El cuadro sindrómico expuesto por el Dr. González Alvarez no es ciertamente el que corresponde á la fiebre aftosa del hombre, ni en la forma *ordinaria*, ni en la *confluente*, ni en la *prolongada*. Empezó la enfermedad por fiebre de 39° y décimas, y al día siguiente se observaron puntos blancos en la faringe, que se hicieron confluentes, formando una costra ó falsa membrana. El exantema se propagó á las fosas nasales, trompa de Eustaquio y cavidad timpánica, con rotura de la membrana del mismo nombre; en la boca se observaron algunas aftas y vesículas; hubo disfagia muy acentuada é imposibilidad de mamar; el exantema fué muy distinto del de la fiebre aftosa, y á los doce días del principio del padecimiento, éste continuaba su curso, con fiebre de remisiones y exacerbaciones, y pudiendo el enfermito deglutir algunas cucharadas de leche de la mujer que le criaba. Ignoramos el estado de los ganglios linfáticos del cuello y los fenómenos morbosos que suministraran el sistema nervioso y los aparatos respiratorio, digestivo y urinario. Del análisis bacteriológico, sólo sabemos que no se encontró el bacilo de Löeffler, á pesar de lo cual se hizo alguna inyección de suero antidiftérico, pero ignoramos si existirían otros microbios.

Pues bien: en la fiebre aftosa del hombre, después de malestar, anorexia, fiebre en que la temperatura no suele pasar de 39°, lengua saburral, aliento fétido y salivación abundante, se observan manchas rojas, sensibles al tacto y equimóticas en la mucosa de los labios, surcos gingivolabiales, lengua y velo del paladar, seguidas de placas papulosas, con puntos

blancos ó vesiculosos en su centro, que son reemplazadas por ulceraciones redondeadas, de fondo pultáceo, amarillento ú obscuro; la deglución y la succión son difíciles; hay ingurgitación ganglionar; la fibre suele observarse solamente por las tardes; el exantema se presenta por lo común en las extremidades de los dedos de la mano y del pié, alrededor de las uñas, en el tronco y en la cara; y la duración de la enfermedad suele ser de dos ó tres semanas. En la variedad *confluente* ó *coherente*, el exantema empieza igualmente por la boca, y se extiende al istmo de las fauces, faringe y esófago; á veces se observa gangrena de la boca; la fiebre llega á 40 ó 41°; hay vómitos y diarrea, y un estado adinamico-atáxico que puede conducir á la muerte. La forma *prolongada* dura semanas y aun meses: sus síntomas se presentan atenuados, descollando la debilidad general, y la convalecencia es larga.

No podemos menos de consignar que la fiebre y las aftas no bastan para diagnosticar una enfermedad de *fiebre aftosa ó glosopédica*, transmitida de los animales al hombre, porque las aftas pueden observarse en las fiebres graves, tifoideas y mucosas. Ræderer y Wagler, al describir la fiebre mucosa que con carácter epidémico observaron en Gotinga, decían: *un síntoma bastante constante, y por decirlo así, específico, era la excoriación del interior de la boca, que, así como la lengua y las encías, se cubrían de aftas dolorosas, las papilas de la lengua eran, sobre todo en los niños y en las mujeres, fungosas, elevadas, rojas y prominentes á través de la mucosidad que las cubría.* Y Pinel, en su *Nosografía filosófica*, al describir la calentura *mucosa* ó *adenomeníngea*, aseguraba que la *boca se cubría de aftas ó llaguitas.*

En las obras modernas de Patología médica se describen *anginas difteroides*, debidas al estreptococo, estafilococo, pneumococo, pneumobacilo de Friedländer, colibacilo y bacilo de Vincent, en cuyos estados morbosos hallamos tipos á los cuales puede referirse el caso clínico de que tratamos, mejor que á la fiebre aftosa de los bóvidos.

Y en efecto; la *angina difteroide estrepcocócica*, además de la fiebre de elevada temperatura, se manifiesta por erupción pultácea, que pronto se convierte en costra ó falsa membrana en la faringe, y se extiende á las fosas nasales, trompa de Eustaquio, cavidad timpánica, esófago y otros puntos; la deglución es difícil y dolorosa, y se observa cuando reinan otras manifestaciones de la estreptococia, como erisipelas, linfangitis, supuraciones y gangrenas del tejido conjuntivo, septicemias puerperales y localizaciones en las mucosas faríngea y uterina. Hay infarto acentuado de los ganglios linfáticos del cuello, y vesículas en la boca, y la duración de la enfermedad es, cuando menos, de dos septenarios.

La *angina difteroide*, debida al *pneumobacilo de Friedländer*, comienza por puntos blancos ó amarillentos en la faringe que, extendidos, forman costra ó falsa membrana; hay ingurgitación ganglionar, aunque no muy intensa, disfagia ligera, fiebre no muy alta, y propagación á las partes inmediatas superiores.

La ocasionada por el *pneumococo* acomete bruscamente, con disfagia intensa y ganglios muy abultados, y cura en ocho ó diez días; la determinada por el *estafilococo*, respeta de ordinario la faringe, se presenta después del sarampión y de la coqueluche, y cura en siete ú ocho días; la que er

manifestación de la *colibacilosis* es la más leve, y la ocasionada por el *bacilo de Vincent* se presenta con exudados pseudomembranosos, grises ó blancos, sobre una amígdala primero y después sobre la otra, y fiebre poco acentuada y de unos tres días de duración. Y es sabido que este bacilo corresponde ordinariamente á las estomatitis ulceromembranosas, y pocas veces á las *anginas difteroides*; es fusiforme, de 10 á 12 μ de largo; va generalmente asociado á un espirilo tenue, difícil de colorar; está separado, nunca agrupado, y se halla en la boca de algunas personas sanas, ó unido á otros bacilos patógenos.

En virtud de lo anteriormente mencionado, y fundándome en los datos expuestos por el Dr. González Alvarez, cuya ampliación podrá rectificar mis juicios, entiendo que no hay suficientes razones para diagnosticar de *fiebre aftosa* el padecimiento de referencia, por la falta del foco de infección y del síndrome correspondientes. Además, la constitución médica reinante era á la sazón de afectos pertenecientes á la estreptococia y á la pneumococia, y la localización se verificó primero en la faringe, en forma de angina pultácea y difteroide, extendiéndose á las fosas nasales, trompa de Eustaquio y caja timpánica, con rotura de la membrana del mismo nombre; fué acompañada de imposibilidad de mamar y de disfagia intensa; la fiebre, alta, con exacerbaciones y remisiones, y la duración y la gravedad las que se observan en la estreptococia y en la pneumococia.

Mi opinión es, por tanto, que se ha tratado de una *angina difteroide* en que han figurado como agentes patogénicos el estreptococo, el pneumococo ó el pneumobacilo de Friedländer, solos ó asociados.

Y con esto queda también expuesto mi parecer sobre el influjo de la vacunación antivariólica en la génesis del caso en cuestión. Entiendo que no hay sólido fundamento para atribuir á la vacuna un estado morboso cuya patogenia ha sido muy diferente; y abrigo la creencia de que, por el empleo del único agente profiláctico que poseemos, no ha de originarse ó transmitirse la fiebre aftosa de los animales á la especie humana.

Veo graves inconvenientes para la salud pública en que se atribuyan á la vacuna efectos morbosos que no la son imputables, y entiendo que estamos obligados á enaltecer los prestigios del maravilloso descubrimiento de Jenner, ya que no le han faltado detractores, y de que á pesar de su bien cimentada fama, en la misma patria donde nació, en la culta y liberal Inglaterra, se ha relajado no ha mucho el precepto legal de la vacunación obligatoria, invistiendo á los padres de derechos y facultades que, cuando menos, patentizan el decaimiento de la confianza en el prodigioso profiláctico.

No es lícito poner en duda la necesidad de que se cultive con esmero escrupuloso la vacuna antivariólica; de que se recoja y conserve con las mayores precauciones de asepsia, y de que se inocule cuidadosamente, para que no se transmitan con ella estados morbosos, siempre graves y funestos. Cuantas diligencias se pongan en práctica para asegurar los beneficios de la vacuna, evitando sus inconvenientes, riesgos y peligros, merecerán el reconocimiento de los amantes de la humanidad. Pero al mismo tiempo sostendremos que, en interés de la vida humana y de la salubridad pública, no debe afirmarse sin poderosos motivos cosa alguna que directa ó in-

directamente pueda disminuir los prestigios de la vacuna antivariólica, y la fe y confianza que en tal medio profiláctico deben siempre conservar las sociedades y los médicos.

El Dr. *González Alvarez* usa de la palabra y manifiesta: Que probados experimentalmente los perjuicios que en ciertos casos produce la vacunación antivariólica, por descuido ó impericia de los vacunadores, se presta un verdadero servicio á la ciencia y á la humanidad al ponerlos de relieve, para que se eviten en cuanto sea posible; que entre esos perjuicios y accidentes se hallan las supuraciones, septicemias, gangrenas y otras lesiones de los tejidos blandos y óseos; que no debe haber inconveniente alguno en la publicación de tales hechos desfavorables, y que debe proscribirse por la ley la vacunación directa de la ternera, según se hace ya en las naciones más adelantadas.

Añade que el caso en cuestión sólo puede confundirse con la *angina herpética* y de ninguna manera con la estreptocócica; que el único tratamiento de ésta es el lavado frecuente, procurando no dislacerar la mucosa; que ningún síntoma de la fiebre aftosa ó glosopédica ha faltado á su enfermo; que primero se presentó la fiebre, después puntitos blancogrisáceos en la faringe, seguidos de erupción muy confluente; que en la boca fueron contadas las vesículas y las aftas, y que la enfermedad terminó á los seis días de su comunicación, quedándole al enfermo una *otitis media supurada*, y habiendo sufrido flegmón y absceso en el lado izquierdo.

El Dr. González Alvarez dice después que en el caso que es motivo del debate se observó el exantema propio de la fiebre aftosa; que el enfermito hacía uso de leche de vacas esterilizada, habiéndose suspendido algunos días antes del principio de su dolencia; que no halló otra fuente de infección que la vacuna, practicada quince días antes; y que en Alemania y en Francia se han observado casos de fiebre aftosa, á consecuencia de la vacunación, presetándose primeramente el brote en la faringe.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 14 de Marzo de 1906.

Un caso de fístula vesicovaginal. — El Dr. *Sánchez Rodríguez* presenta el siguiente caso: M. P., de veinticuatro años, casada, natural de Cemadilla (Zamora), sin antecedentes patológicos y siempre bien reglada; casada á los veintidós años, tuvo un aborto nueve meses después sin consecuencias patológicas; pronto se hizo de nuevo embarazada, dando á luz el 17 de mayo de 1905 un feto á término. El parto duró dos días, estando durante el último período sin dolores, por lo cual tomó bastante cantidad de cornezuelo, sin poderla precisar, pues dice la molían en el momento, pero que fué bastante. Después de salir la cabeza y siguiendo sin dolores, volvieron á darla más cornezuelo. El día del parto no orinó ni tampoco en los dos siguientes, y desde el tercer día la orina se escapaba sin sentirla, y en este

estado continúa. La placenta salió espontáneamente á poco del feto, que nació muerto, pero sin señal alguna de maceración; no tuvo fiebre, sino un dolor intenso en el vientre, que la obligó á guardar cama tres semanas. A los cinco meses del parto reapareció la regla, que se retiró y volvió á reaparecer, y en la actualidad hace mes y medio que no la tiene.

El estado actual, como habrán visto, es el siguiente: ha desaparecido por esfacelo toda la pared vaginal anterior y la uretra, y no queda de meato más que unos 4 milímetros, la pared vesical anterior sale por la gran rotura vaginal y se estrofia hasta la vulva. Detrás de una estrechez anular de la pared vaginal posterior, se toca un mamelón que debe ser el cuello uterino, que ni aun con valvas he logrado ver, por ser estrechísimo el campo, pero confirma mi sospecha el haber tenido la enferma sus reglas, aunque ahora hace mes y medio que no la tiene.

Este caso nos enseña: primero, que las fístulas vesicovaginales, mejor que fístulas, roturas grandes, son tanto mayores cuanto menos intervención manual é instrumental ha habido en el parto, que por destrozos que haga el forceps ó la mano imperita, nunca son tantos como los que hace la compresión prolongada; segundo, que el cornezuelo de centeno dado en el período expulsivo, aquí no hizo nada en provecho de la terminación del parto, pues no salió el feto hasta ocho horas después de administrado y hubo que repetir la dosis para la salida del tronco; tercero, que en esta enferma no existían motivos de estrechez ósea y toda la distocia consistió en atonía uterina, en el período expulsivo y estando la cabeza casi en la vulva, como lo demuestra que la mortificación comprendió toda la pared anterior, incluso la uretra entera; cuarto, la falta de intervención tocológica en este caso tuvo la ventaja de que en esta enferma no se presentaran fenómenos sépticos puerperales, y que la eliminación de las escaras fuera aséptica, como ocurre con la eliminación de los ligamentos después de la histerectomía vaginal; y quinto, que en esta enferma pueden hacerse dos cosas, la colpocleisis y ver de aprovechar el poco meato que queda, para que por él salga la orina y la menstruación, ó bien seguir el procedimiento de Chemieux, ó sea el de establecer un meato hipogástrico y hacer después la episiorrafia. Para cualquiera de estas dos operaciones tengo autorización escrita del marido, detalle que no debe olvidarse, pues de otro modo se podría repetir un caso que yo he visto, de reabrir la vagina, por imposición del marido de la enferma.

El Dr. *Soriano* dice que está conforme con el Dr. Sánchez en cuanto al tratamiento que ha de seguir con esta enferma, pero vería con gusto que aclarase algo el concepto que le merecen las fístulas ocasionadas durante un acto quirúrgico, y las que lo son por la compresión de la cabeza fetal.

El Dr. *Sánchez Rodríguez* repite que por muy torpes que sean las maniobras que el tocológo ejecute con sus manos ó con instrumentos, y por consiguiente ocasione destrozos de la vagina y vejiga, nunca éstos son tan grandes como los que ocasiona una cabeza de feto abandonada durante muchas horas, comprimiendo los tejidos contra el pubis.

El Dr. *Cospedal* dice que el caso presentado por el Dr. Sánchez es, dicho familiarmente, incapaz de curación; pero que debe aplaudirse cualquier tentativa de alivio que se proponga en beneficio de la enferma, condenada

á sufrimiento perpetuo. Aparte esto, la operación que el Dr. Sánchez intenta realizar va, tal vez, á ser peor que la enfermedad, pues la oclusión de vulva y vagina convertirá á ésta en un depósito de orina y de sangre menstrual que será evacuada por la uretra, ya por rebosamiento, ya por medio de la sonda vesical, y que expondrá á la enferma á todas las molestias y á todos los peligros del estancamiento, de la fermentación y de la infección, que no sería imposible que ascendiera por los uréteres, ocasionando pielitis, cuyas temibles consecuencias serían de esperar.

Cuanto á la operación de Chemieux, ó sea el establecimiento de un meato hipogástrico y oclusión total de la vulva, no tiene aplicación en este caso, porque esta mujer conserva su meato urinario y no es preciso someterla á la creación de otro meato, porque ya tiene el suyo uretral, y además, la operación de Chemieux expone á las enfermas á iguales peligros señalados anteriormente.

Cuando los casos son como éste, inoperables por ningún procedimiento, vale más aconsejar á las enfermas el uso de aparatos para recoger su orina, y el de una higiene exquisita.

Con este motivo recordó el Dr. Cospedal haber visto operar á Kirmisson, de París, para deshacer una episiorrafia que había sufrido meses antes una enferma de fístula, cuya enferma prefería volver á su estado anterior de fístula vesicovaginal inoperable, mejor que sufrir los dolores y molestias consecutivas á la episiorrafia.

El Dr. *Sánchez Rodríguez* dice estar convencido de las ideas expuestas por el Dr. Cospedal y que no sabe qué males serán los mayores, si los de la oclusión vaginal ó los que acarrea la orina en su salida constante.

Cálculo del ureter derecho.—El Dr. *Cospedal* expuso el caso de una mujer, como de veintidós años, soltera, que se quejaba de trastornos poco pronunciados de micción, y de la cual, por tacto vaginal y rectal, y palpación abdominal, se podía colegir la existencia de un tumor maligno en el ovario derecho, tales eran los dolores espontáneos y provocados á la presión que ésta despertaba en la región correspondiente á los anejos derechos, que parecían abultados, deformes, irregulares y muy dolorosos, y á cuyos signos y síntomas acompañaba considerable desnutrición de la enferma. Se laparotomizó y se observó con toda evidencia que el ureter derecho, en su porción pelviana, se hallaba irregularmente abultado, deforme, y conteniendo en su interior una substancia ó cuerpo durísimo, de una longitud como de 4 á 5 centímetros, y como 1 á 2 centímetros de grosor. El Dr. Cospedal no se decidió á incindir el ureter y menos á hacer la nefrectomía, por razones varias que expuso, y resolvió aplazar una intervención más activa, si el caso llegaba, obteniendo un curso operatorio satisfactorio. Pero la enferma pasó después graves peligros, pues se desarrolló una inflamación del tejido celular pelviano y aun del peritoneo, que comprometió la vida de la enferma; en ese proceso el ureter se adhirió á la vagina, en la región del fondo de saco lateral derecho y anterior, y al cabo el cálculo uretral fué eliminado por la vagina, de cuyo interior el Dr. Cospedal le extrajo con facilidad mediante una pinza uterina, y en una exploración de las varias que de tiempo en tiempo hizo á la enferma. Curó perfectamente, y fué dada de alta en estado completamente satisfactorio.

Terminó el Dr. Cospedal haciendo notar hasta qué punto suelen en ocasiones ser difíciles los diagnósticos de los procesos intrapelvianos.

El Secretario de actas,
DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Fractura de la bóveda del cráneo. Trepanación inmediata. Curación.—En *El Sanatorio*, de Cartagena, publica D. J. J. Oliva un caso clínico que motiva algunas consideraciones de interés:

«La práctica de no proceder rápidamente á la apertura del foco de la fractura hasta pasados los síntomas de conmoción cerebral, es inconveniente y plagada de peligros para el herido.

El cirujano comete un delito de lesa humanidad cuando haya pocas esperanzas de feliz éxito.

Puede suceder que la fractura vaya acompañada de herida en los tegumentos, que es lo más frecuente, y también puede existir sin herida; nuestra conducta deberá variar en cada caso.

Si hay herida, el proceder ya está dicho: la intervención inmediata, abriendo el foco, extrayendo las esquirlas y haciendo una cura aséptica, en lo posible.

Si no hay herida, puede suceder: primero, que habiendo algún signo exterior del traumatismo, no haya accidentes cerebrales localizados; segundo, que habiendo signo exterior, haya también accidentes cerebrales, y tercero, que no haya signo exterior de traumatismo y en cambio haya síntomas de lesión cerebral.

En el primer caso, después de examinado perfectamente el paciente, una vez desaparecido el estado de conmoción, si los cuatro miembros se mueven, cuando se ordena, si la palabra es normal y correcta, si no hay ningún fenómeno digno de llamar la atención, y solamente se encuentra en la bóveda del cráneo un punto doloroso ó una fisura, indicación de la fractura, habrá bien poco que hacer, observar al lesionado y nada más.

Si existiera hundimiento, ya la cuestión es discutible; sin embargo, se aconseja la abstención, hasta tanto que algún síntoma no nos ponga en alarma, en cuyo caso se debe actuar para elevar los fragmentos hundidos ó extraerlos, pues será lo único que podrá garantizarnos la no aparición de accidentes tardíos.

Cuando hay signo local y además accidentes cerebrales localizados, puede ocurrir que los síntomas de parálisis, afasia, etc., estén en relación con el sitio de la fractura, en cuyo caso se operará sobre el foco, pero á veces falta la correlación entre los accidentes observados y el sitio del foco principal de la fractura, y entonces, no sólo hay que actuar sobre aquél, sino también buscar un segundo foco, que suele encontrarse en el lado opuesto al choque; hay, pues, que trepanar en la zona indicada por la localización de los fenómenos paralíticos ó convulsivos, y casi siempre se encuentra otra

fractura (contragolpe) acompañada de un derrame sanguíneo ó una contusión cerebral.

La parálisis facial en el mismo lado en donde se halle el foco de la fractura, indica la existencia de una fisura irradiada hasta la base.

El caso tercero, ó sea el de la existencia de accidentes cerebrales sin signo local, se explica por la compresión que se produce en el cerebro á consecuencia de la hemorragia consecutiva á la ruptura de la meningea media, circunstancia que se comprueba por la aparición de los síntomas algunas horas después del accidente; es decir, que después de pasados los síntomas de conmoción cerebral, sobreviene nueva pérdida del conocimiento, parálisis, respiración extertorosa, etc., y cuando este cuadro se presenta es deber del cirujano acudir á librar de la compresión al cerebro, deteniendo la hemorragia existente ya por encima ó por debajo de la dura madre. Una vez determinada la topografía de las dos ramas de la meningea média, se debe trepanar sin perder tiempo».

El caso á que se refiere su observación demuestra las ventajas de la intervención inmediata.

Se trata de un sujeto joven, de fuerte constitución y albañil de oficio, al cual le cae á plomo sobre su cráneo un ladrillo desde la altura de un tercer piso (unos 20 metros).

Una hora después del accidente le encontró sumido en el coma, los cuatro miembros inertes, las pupilas dilatadas, respiración estertórea, pulso lento y desigual.

Una extensa herida ocupa parte de la región frontal y parietal del lado izquierdo de unos 0'12 metros de longitud, siguiendo una dirección de delante á atrás; por ella fluye sangre roja. A la simple inspección se ve un hundimiento extenso coincidiendo con el eje principal de la herida. Se descubre el foco y se comprueba la existencia del hueso hundido y una serie de fisuras en forma estrellada, de las que alguna se prolongaba por el frontal en dirección á la órbita y otras hacia atrás y abajo hasta la apófisis mastoidea.

Haciendo uso de la gubia y el martillo extrajo aquellos trozos de hueso que estaban hundidos y comprimiendo el cerebro, dejando los otros, á pesar de las fisuras, porque constituían una extensa superficie y no creyó conveniente su extracción, hasta que ulteriormente algún síntoma indicara esta necesidad, si es que no venía la consolidación, pues no se hallaba ningún trozo desprendido ni siquiera movible.

Transcurrieron varios días y el operado continuaba en el estado de estupor del primer momento; hubo vómitos, fiebre (39°,6) delirio de acción, afasia, parálisis vesical, pero en la herida no hubo pus ni fenómeno alguno que indicara infección.

El tratamiento seguido durante los primeros ocho días en que se desarrollaron estos síntomas fué muy sencillo, la renovación del apósito cada veinticuatro horas, y una inyección de 300 centímetros cúbicos de suero de Hayem cada día.

Los síntomas remitieron, el sujeto recobró su inteligencia, y en el transcurso de una semana se halló en tan perfecto estado, que no había que temer por el pronto accidente alguno.

Al mes, y cuando estaba ya próxima la completa cicatrización de la herida, se observó unas gotas de pus en el apósito.

Ningún síntoma particular aquejaba el sujeto, pero hubo de pensar en la existencia de algún secuestro, como en efecto se comprobó con el esfilete, percibiendo la rugosidad de una buena porción de hueso que no era movible y que habría que extraer.

Entonces, previa anestesia y demás cuidados asépticos, abrió extensamente y desprendió casi toda la porción escamosa del temporal, que estaba limitada por una de las fisuras de que antes hizo mención; se regularizó el corte, y después de lavar con profusión la dura madre, se suturó dejando una mecha de gasa aséptica como desagüe.

El curso ulterior de la herida fué normal, sin que hubiese fiebre.

Se obtuvo la cicatrización de ella sin observar ningún síntoma que haga temer la existencia de cualquier otro secuestro, bien es verdad que se extrajeron, tanto en la primera, como en la segunda operación, un extraordinario número de fragmentos de hueso y se esmeró en no dejar ningún trozo cuya vitalidad no estuviese perfectamente asegurada. — Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 13 de Marzo de 1906.

Anatomía patológica del reumatismo tuberculoso. — El Dr. A. Poncet: El reumatismo articular tuberculoso, bien sea mono, oligo, poliarticular, parcial ó generalizado, presenta dos formas, aguda y crónica.

La primera puede revestir dos formas de evolución, una hidrópica y otra seca y plástica. En la segunda se encuentran dos grupos principales de lesiones, unas reveladoras de un proceso rarefaciente, como la poliartritis deformante, y otras de una inflamación hiperostóxica, periférica y localizada (artritis seca, senil) ó total (artritis anquilosante).

Se trata en aquélla de fenómenos puramente inflamatorios, indiferentes, tanto á simple vista como con el auxilio del microscopio, y sin embargo, de naturaleza tuberculosa.

Las conclusiones que se sacan de los hechos prueban que el reumatismo tuberculoso es sólo la forma osteo-articular de la tuberculosis inflamatoria.

Fundándonos en esto, creemos susceptible describir en el esqueleto tres modos evolutivos capaces de combinarse de diversa manera y producir *rarefacción, hiperostosis y reblandecimiento óseo* (osteomalacia parcial, difusa).

Si se tiene en cuenta que los enfermos afectados de tales tuberculosis,

poco virulentas, frustradas, eruptivas, son lo menos tuberculosos posible, al menos durante un tiempo más ó menos largo, y que es necesario buscar su foco infeccioso, por lo común latente, se comprenderá que muchas lesiones inflamatorias indeterminadas, en las que estos diversos procesos se combinan de distinta manera, es posible que sean de origen tuberculoso.

En efecto, las osteomalacias parciales que producen deformaciones localizadas, y que curan al fin por osteítis condensante, son numerosas, y su naturaleza es hasta ahora desconocida.

Así se explica, para no hablar más que de los huesos y de las articulaciones, todo este vasto grupo de enfermedades quirúrgicas de la adolescencia, explicadas, según unos, por el raquitismo tardío, y según otros, por un trabajo excesivo. Estas dos teorías, distrófica y mecánica, se hallan siempre frente á frente para explicar el pié plano, el genu valgum, la *coxa vara*, la escoliosis, etc., en una palabra, todas las deformaciones osteo-articulares de la adolescencia llamadas aún deformaciones esenciales del crecimiento.

No se había sospechado hasta ahora su probable origen tuberculoso. La tuberculosis inflamatoria es la única que permite sospecharlo.

Se ha notado, sin embargo, muchas veces la coincidencia de la osteomalacia generalizada verdadera con la tuberculosis. Ciertos autores (Paviot y G. Mauriquand) han insistido sobre su desarrollo paralelo. Después de lo que hemos observado en el reumatismo tuberculoso, creemos que no debe verse en ello series morbosas paralelas, sino dos manifestaciones de localización diversa: una visceral y otra esquelética, procedentes ambas de una infección común por el bacilo de Koch.

Aplicando este criterio á las numerosas lesiones del esqueleto en las que precede á la anquilosis un proceso de reblandecimiento, llamado de curación, ó sea la osteítis condensante terminal, nos vemos desde hace algún tiempo impulsados á buscar en tales enfermos la tuberculosis larvada. La hemos encontrado á menudo y publicado muchas observaciones de pié plano, valgus doloroso, de escoliosis, etc., no sólo en tuberculosos, sino de naturaleza tuberculosa.

Hemos examinado también recientemente una joven bacilar afectada de subluxación progresiva de las dos muñecas, que constituía un buen tipo de la enfermedad de Madelung, etc. En la actualidad creemos también *que los diferentes tipos de enfermedades osteo-articulares del crecimiento, que las desviaciones osteo-articulares de los adolescentes, son por lo común de origen tuberculoso.*

Demostrar este origen bacilar para una de estas enfermedades, para la tarsalgia de Gosselin, por ejemplo, es evocar esta misma etiología para todas las otras enfermedades similares de la adolescencia, que todos los clínicos han incluído en una misma patogenia, y que no es raro encontrar asociadas en un mismo sujeto.

Para nosotros no existe el raquitismo tardío, pues creemos que no es otra sa que un proceso inflamatorio cualquiera que pasa por dos etapas: osmalacia primero y después osteítis condensante. La primera de estas pas permite comprender el papel de las causas mecánicas en que se funa teoría del trabajo excesivo. La segunda explica la fijación definitiva

de las lesiones, su curación final con deformaciones irremediables cuando el proceso infeccioso está curado.

Tal es el síndrome anatomoclínico. Es capaz de producirle toda infección (estafilocócica, según Frœhlich). Creemos que las más de las veces el bacilo de Koch es la causa única.

Se ve cuán extenso es el campo de la tuberculosis inflamatoria en sus localizaciones esqueléticas. El reumatismo tuberculoso no es más que una forma osteo-articular. Las enfermedades del crecimiento y numerosos procesos osteomalácicos son otros tantos ejemplos. Pero, lo repetimos, no se deben buscar entonces lesiones articulares, óseas violentas ó graves localizaciones viscerales.

La tuberculosis inflamatoria se observa sobre todo en los tuberculosos á *mínima* afectados de tuberculosis latentes, cuyo origen no se descubre, por desgracia, muchas veces. El diagnóstico precoz es de gran utilidad.

Una nueva función glandular de las células fijas del tejido conjuntivo, la función ragiocrina. — El Dr. Renaut: Las células propias ó fijas (como se las llama) del tejido conjuntivo están dotadas de propiedades glandulares que no se conocían. Algunas de ellas en el adulto y todas en los animales durante el período activo de crecimiento, segregan granulaciones particulares semejantes por completo á los elaborados por las células pancreáticas, por ejemplo. Cada uno de estas granulaciones se desarrolla y madura en el seno de una vesícula del cuerpo celular de la célula conjuntiva. Vesícula y granulaciones forman un conjunto comparable al formado por un granito de uva; de aquí el nombre de «ragiocrinas» dado á estas células conjuntivas que ejercen á la vez una intensa actividad glandular.

En el tejido conjuntivo de los animales jóvenes, en los que el crecimiento no ha terminado, todas las células fijas del tejido, sin excepción, están dotadas de una intensa actividad secretoria. El tejido conjuntivo entero, en el que la parte activa está representada por la inmensa red de sus células fijas, resulta una verdadera glándula retiforme, cuyas expansiones se introducen por todas partes, por los intersticios interorgánicos, y suministra á los elementos fijos de los órganos y á todas las formaciones de soporte una secreción interna probablemente de grandísima importancia. Cuando ha llegado el crecimiento á su término definitivo, la actividad glandular de las células conjuntivas fijas se modera, pero la menor irritación, aunque sea totalmente aséptica, la despierta, la restituye, haciéndola reaparecer tan activa como al principio del crecimiento.

El material segregado por las células conjuntivas ragiocrinas se halla indudablemente en relación con el crecimiento de la trama conjuntiva. La secreción dura hasta que todos los elementos de esta trama están formados y el tejido conjuntivo se ha hecho adulto. Es muy probable que no posean sólo esta función. En efecto, las células conjuntivas son las *edificadoras* del tejido de armazón y además, las que barren y forman con mayor actividad los espacios interorgánicos. Los glóbulos rojos de la sangre que penetran en estos espacios, los pequeños cuerpos extraños transformables ó no, hasta los leucocitos polinucleares, eosinófilos ó pseudo-eosinófilos, todo lo hacen desaparecer por fagocitosis, propiedad que conservan hasta mucho tiempo después de haberse convertido en células fijas del tejido conjuntivo.

Todos estos hechos difunden una gran luz sobre una serie de procesos morbosos, en particular sobre el origen de la esclerosis, y más especialmente sobre el mecanismo de los actos complejos de mayor importancia, y sin embargo, hasta ahora apenas entrevistos, que se producen en el medio conjuntivo y son debidos á la actividad individual de estos elementos propios, completamente distintos de los de los leucocitos. Las células conjuntivas ragiocrinas de origen libre, que se encuentran siempre como tales en gran número en el líquido de las serosas del adulto, son los agentes de estos actos intersticiales. Para conseguirlo, se movilizan y llegan fácilmente á los puntos en donde han de fijarse y obrar. Llegan á estos sitios por sus movimientos amiboideos propios, y no de manera general, por las vías circulatorias. Son células esencialmente intersticiales.

Mortalidad por tuberculosis en Francia y Alemania.—El Dr. Vallin: La declaración facultativa de la tuberculosis es una fórmula desdichada. De la declaración obligatoria convendría eliminar desde el principio á los tuberculosos recluídos, y que no fuera aplicable más que á los tuberculosos en libertad, y aun no se debería englobar en la disposición á todos éstos. ¿De qué serviría, en efecto, hacer la declaración de una tuberculosis cuando el enfermo está bien cuidado y bajo la dirección de un médico que dicta todas las disposiciones precisas para evitar el contagio? Y en el caso de un obrero sin familia, tuberculoso confirmado, que sólo permanece en el hospital por temporadas y el resto del tiempo no está bajo la dirección facultativa, ¿de qué servirá la declaración?

La persuasión higiénica y los Dispensarios permitirán mejor que la declaración luchar socialmente contra la tuberculosis.

En 1900 pedí la limitación de la declaración á los casos en que el médico reconozca que puede haber perjuicio por contagio.

Se me objetó que es simplemente la declaración facultativa. No hay tal cosa; lo que yo hubiera deseado es que la declaración fuese obligatoria en los casos que he señalado. No es admisible el que se permanezca desarmado ante un tuberculoso que no toma ni quiere tomar ninguna precaución, y que es, por lo tanto, un peligro para cuantos le rodean.

Hoy formulo de otro modo mi proposición, y pido á la Academia que vote la declaración obligatoria de la tuberculosis abierta en todos los casos en que pueda haber perjuicio para la salud pública.

Si la Academia no quiere llegar á esto, votaré la desinfección obligatoria después de toda defunción por tuberculosis abierta.

Teniendo en cuenta lo que el Dr. Monod ha dicho de la imposibilidad administrativa de la desinfección obligatoria para una enfermedad no sometida á la declaración, se podrá inscribir en esta lista la tuberculosis abierta después de la defunción. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Marzo de 1906.

Dos casos de sigmoiditis. — El Dr. *Sieur* refirió dos casos de sigmoiditis que ha tenido ocasión de observar en su principio y que curaron sin intervención alguna. En ambos casos, creyó primero que se trataba de una neoplasia, pero la marcha ulterior de las lesiones, su disminución, y por último, su desaparición bajo la influencia del reposo, le permitieron hacer el diagnóstico exacto.

Botriomicosis humana. — El Dr. *Poncet* citó 5 nuevas observaciones inéditas de botriomicosis humana: 2 de la eminencia tenar, 1 de la palma de la mano, 1 del índice izquierdo y 1 de la cara dorsal de la región carpometacarpiana derecha.

Estas 5 observaciones corresponden al tipo clásico descrito varias veces por Poncet y sus discípulos. El diagnóstico se hizo siempre sin la menor dificultad. El sitio de las botriomicosis en estos casos es también clásico: dedos, palma de la mano y muñeca. El tumor sobrevino cuatro veces sin traumatismo, sin herida, sin causa alguna apreciable; en una fué consecutiva á una picadura con una espina y esto un mes después. El Dr. Poncet cree que en estos casos se trataba siempre de una infección local consecutiva á una excoriación, muchas veces ignorada de la epidermis.

Las botriomicosis están perfectamente definidas desde el punto de vista clínico, pero se desconoce su naturaleza, y su estudio anatómico y bacteriológico queda por hacer. El Dr. Poncet cree que no debe confundirse, como han hecho algunos autores, con las granulaciones ordinarias, de las que se diferencian completamente por su sitio, su modo de desarrollo, su evolución y también por ciertos caracteres anátomicos.

Herida del corazón.—El Dr. *Quénu* refirió dos casos de herida del corazón, uno observado por él y otro por el Dr. Savariaud.

En su caso se trataba de una joven de diecinueve años, que recibió una cuchillada en la región del corazón. Una hora después ingresó en la clínica del Dr. Quénu, quien la operó sin perder tiempo. Formó una ventana torácica externa que comprendía las costillas izquierdas 3.ª, 4.ª y 5.ª. La cavidad pleurítica contenía muy poca sangre, pero el pericardio estaba, por el contrario, lleno de ella. En la parte superior de la cara anterior del ventrículo izquierdo había una herida por la que salía sangre roja. Se la suturó por medio de dos puntos de sutura separados hechos con hilo fino. Sutura y limpieza del pericardio y de la pleura, sin desagüe. La operación duró veinticinco minutos. Curación complicada con un pequeño derrame hemorrágico en la cavidad pleurítica izquierda. En la actualidad—un mes después de la operación—esta mujer se encuentra todo lo bien posible: queda aún algo de submacicez y disminución del murmullo vesicular en la base del pulmón izquierdo.

La observación del Dr. Savariaud se refiere á una mujer herida con un estilete en la región precordial; la lesión recaía en el ventrículo derecho. El Dr. Savariaud operó á la enferma hora y media después del atentado.

Formó también la ventana torácica externa de Fontán, abrió la pleura, encontró el pericardio lleno de sangre, sacó el corazón de su saco y dió en la herida cardíaca tres puntos de sutura con catgut. Después suturó el pericardio, la pleura y el colgajo cutáneo sin hacer el desagüe. La operación duró treinta y cinco minutos. Al día siguiente la temperatura se elevó á 38°,5 y los días siguientes á 39°,5; al cuarto día se oyeron estertores al auscultar el pulmón derecho. El día 6 fué preciso desaguar la cavidad pleurítica izquierda, de la que salió líquido seropurulento. La enferma murió ocho días después.

Al hacer la autopsia se encontró reunida la herida cardíaca, derrame purulento en el pericardio y pioneumotorax en la pleura izquierda. La muerte fué consecutiva, al parecer, á una infección pulmonar propagada á la pleura y al pericardio.

Quiste ovárico. — El Dr. *Tuffier* presentó la fotografía y las piezas patológicas de un quiste del ovario de 94 litros de capacidad. Fué posible extirparlo por completo á pesar de las adherencias. La operada, de setenta años, se encuentra restablecida por completo.

Fractura y luxación de la segunda vértebra cervical. — El Dr. *Nélaton* presentó las radiografías de una mujer de setenta y tres años, que cayó sobre la cara posterior del cráneo y sintió un dolor agudísimo que la hizo gritar. No perdió el conocimiento, pero la fué imposible volver la cabeza á la derecha ó á la izquierda; la cabeza estaba además dirigida hacia adelante y había también rigidez y tumefacción de la nuca. Los movimientos de los miembros y la deglución eran perfectos.

El Dr. Nélaton diagnosticó contusión de la nuca, quizá con arrancamiento de una apófisis espinosa. La radiografía demostró se trataba de una fractura con luxación de la segunda vértebra cervical: el cuerpo de la vértebra fracturada se había discolado hacia adelante y el arco formado por las láminas vertebrales y la apófisis espinosa se hallaba dirigida hacía atrás.

El accidente data de tres meses: la enferma sólo siente algunos dolores ligeros en el cuello; tiene la cabeza dirigida hacia adelante y los movimientos laterales de ésta están muy disminuídos.

Fractura del muslo. — El Dr. *Demoulin* presentó radiografías que apoyan la opinión del Dr. Monod de que no conviene fiarse sólo de las radiografías para juzgar, en las fracturas en general, y en las del muslo en particular, del valor del resultado obtenido, porque muchas veces las radiografías indican un cabalgamiento considerable de los fragmentos, aunque la medición prueba que el acortamiento es moderado.

El Dr. *Kirmisson* repitió lo dicho á propósito de las radiografías presentadas por el Dr. Monod, es decir, que se trata de sombras y no de imágenes verdaderas y que los cabalgamientos son menos acentuados en realidad de lo que podría creerse á juzgar por las radiografías.

(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 27 de Marzo de 1906.

Valor del suero de Doyen en el cáncer. — El Dr. *A. Paine* leyó un trabajo escrito en colaboración con el Dr. J. Morgan. Este trabajo contiene un resumen de los trabajos de Doyen sobre el cáncer, seguido de la reseña clínica de 9 cancerosos tratados por las inyecciones de suero y por vacunas, seguido de las investigaciones del *Micrococcus neoformans* en las neoplasias malignas ó de otro género. Todos los casos tratados eran, desde el punto de vista clínico, ejemplos típicos de afección maligna, y pueden dividirse en : unos en los que el curso de la enfermedad no fué influído por el tratamiento; otros en los que las inyecciones fueron muy dolorosas, y otros en los que ocasionaron trastornos generales. En ninguno de los casos tratados se observó mejoría alguna. De 44 casos de tumores cancerosos y de otro género, se encontró el *Micrococcus neoformans* en el 25 por 100, y el estreptococo en el 30 por 100. En varios casos se encontraron también otros organismos; el 36 por 100 de los casos fueron estériles. El *Micrococcus neoformans* fué inyectado á 200 animales, produciendo, no el desarrollo de una neoplasia, sino reacción inflamatoria. De estos hechos se deduce la conclusión general de que el *Micrococcus neoformans*, aunque igual que otros micrococos, suele existir en los tumores malignos, no se encuentra en él número suficiente, ni con la constancia razonable, para considerarle como el factor etiológico en el desarrollo de estas neoplasias.

El Dr. *E. S. Pattison* expuso los detalles de 4 casos de cáncer, tratados por el suero de Doyen. Uno de los enfermos, de sesenta y ocho años, y fumador empedernido, padecía cáncer de la lengua ; se trasladó á París y fué tratado por el mismo Doyen con su suero, mitigándose el dolor y el derrame icoroso, y mejorando algo el estado general. Se desarrolló otro tumor secundario en el borde alveolar del maxilar inferior, y el enfermo murió á los pocos meses. El segundo caso se refiere á una mujer de cuarenta y ochos años, á la que se practicó la histerectomía á causa de un carcinoma uterino. Se desarrolló después un cáncer abdominal complicado con dolor intolerable, estreñimiento rebelde y vómitos. A las 24 inyecciones mejoró algo, pero tardó poco en recaer y en morir. En los otros dos casos no se obtuvo más resultado que mitigar el dolor y prolongar algo la vida.

El Dr. *Ryall* dijo que los enfermos tratados en París por el Dr. Doyen han conseguido algún alivio del dolor. El método es muy peligroso. Las dosis excesivas producen, al parecer, los mismos síntomas que las del líquido de Coley.

El Dr. *Howell Evans* aludió á la tendencia natural del cáncer, á presentar períodos en mejoría y de exacerbación.

El Dr. *Swan* dijo que en un caso tratado por él, no observó diferencia en los carácteres microscópicos de la neoplasia antes y después del tratamiento.

El Dr. *Paine* indicó que en el cáncer hay infección mixta, y es difícil decir la influencia que puede ejercer cualquier tratamiento especial sobre los organismos extraños.—(*Britisch Méd. Journal*).—F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 23 de Febrero de 1906.

Quiste parotídeo.— El Dr. *Adam Politzer* presenta un hombre de veinticinco años, en el que sobrevino hace catorce meses, acompañado de un dolor súbito punzante y pasajero, la aparición de un flujo viscoso y mezclado con muchos focos por el conducto auditivo externo derecho. Este flujo continúa y se hace más abundante y líquido al comer y masticar, pero en la actualidad no hay dolores ni ningún otro síntoma. Sin embargo, el flujo en sí molesta mucho al paciente.

Con la exploración se encuentra que se hallan en estado normal el oído medio, la trompa y el aparato perceptor del sonido. En la porción ósea de la pared inferior del conducto auditivo externo se ve una depresión de unos 4 milímetros de diámetro y $^1/_2$ centímetro de profundidad. Comprimiendo la parte lateral del cuello, entre la rama ascendente del maxilar y la apófisis mastoides, y lo mismo si se comprime la pared interna de la faringe, se ve salir por la depresión mencionada un líquido que tiene los caracteres de la saliva. Por otra parte, la parótida parece funcionar normalmente.

Elefantiasis de la pierna.— El Dr. *Antonio de Eisselsberg* refiere que, en el caso de elefantiasis que había presentado en la sesión anterior, se practicó la decolación del femur, sucumbiendo el enfermo de anemia y colapso á las seis horas de la operación. La extremidad desarticulada pesaba 46 kilogramos, y desde la mitad del muslo para abajo no se encontró nada de tejido muscular. Tampoco se encontraron grandes espacios linfáticos, pero sí hidropesía de las vainas tendinosas y de las cápsulas articulares. El microscopio puso de manifiesto la proliferación conjuntiva, rica en células, que es propia de la elefantiasis.

Fístula bronconsisticobiliar.—El Dr. *Hermann Schlesinger* presenta una preparación procedente de un enfermo de sesenta y cuatro años, que sólo pudo ser observado muy pocos días. Con la tos expectoraba constantemente escasas cantidades de moco teñido de bilis. Nada de ictericia. Había antecedentes de colelitiasis, de una afección pleurítica hace uno y medio años, y de expectoración súbita de grandes cantidades de líquido bilioso hacía dos meses. Se diagnosticó una fístula entre los bronquios y los conductos biliares ó el hígado. La autopsia demostró que, en efecto, había á través del diafragma una fístula entre un bronquio y una cavidad subfrénica; esta última comunicaba amplia y directamente con la vesícula biliar. Se encontraron además cálculos en la cavidad subfrénica y en la fístula.

Tumor quístico del seno ileocecal. — El Dr. *Pablo Albrecht* presenta un hombre de treinta y seis años que enfermó, en noviembre de 1905, con síntomas que indujeron á Nothnagel á diagnosticarle, en enero, de estrechez intestinal ocasionada por un tumor maligno ó por tuberculosis. El 31 de enero le operó Hochenegg, encontrando á la parte interna del ciego un tumor quístico del tamaño de dos puños y de un color un poco verde azulado; este tumor estaba adherido por su mitad inferior á la pared anterior

del vientre. El peritoneo estaba cubierto todo él con membranas muy delicadas de tejido conjuntivo; las vísceras abdominales estaban muy aglutinadas las unas con las otras, pero se pudieron separar muy bien. El asa más superior del intestino yeyuno se dirigía, muy inflada, directamente hacia la pelvis menor; otra segunda asa de intestino delgado, también muy inflada, ascendía desde la pelvis menor, hacia la derecha, hasta el tumor quístico. Desprendiendo las adherencias existentes entre la pared anterior del quiste y la abdominal, se encontró la porción más inferior del íleo en la longitud de un dedo, á contar de su desembocadura en el ciego, asomando por debajo del tumor. Del resto del intestino delgado no se veía nada. Después de haber aislado el tumor por abajo y por adentro y haberlo invertido hacia afuera, se vió que todo el intestino delgado, á excepcion de las asas vistas en un principio, estaba oculto en dos senos, en la cara inferior del tumor. El intestino estaba muy contraído, del grosor de un lápiz, y sus asas aparecían aglutinadas por membranas finas.

Al extirpar el tumor, que llegaba hasta el ciego, se seccionó un cordón del grueso casi de una pluma de escribir, y que se dirigía desde la región del pliegue íleocecal á la pelvis menor. En la actualidad el paciente está sin dolores y ha aumentado de peso unos tres kilogramos. El quiste contenía un líquido seroso y amarillo rojizo; la pared está constituída por tejido conjuntivo y revestida interiormente y á trechos por una simple capa endotelial. El microscopio no descubrió nada que hiciera pensar en tuberculosis ni en equinococos.

El cordón ó brida que se dirigía á la pelvis menor estaba comprimiendo un asa de intestino delgado, pero sin obstruir por completo su calibre. Esta estrangulación había provocado una peritonitis cuyos resíduos eran las adherencias que se encontraron. La porción del intestino delgado que seguía al punto estrangulado, al alojarse debajo del quiste lo había empujado hacia arriba poniéndolo de manifiesto y siendo quizá con ello causa también de que la brida se pusiera más tensa.

Estrangulación intestinal producida por un divertículo de Meckel. — El doctor Hans Lorenz: Un hombre de sesenta y seis años cayó enfermo de pronto, cincuenta horas antes de su ingreso en la clínica, con dolores en el epigastrio, vómitos y todos los síntomas de una grave oclusión intestinal. Había meteorismo en el intestino delgado, las aberturas herniarias estaban libres, la ampolla rectal vacía y colapsada, y á través de las paredes abdominales tensas no se descubría ningún tumor, pero una vez anestesiado el enfermo se encontró sobre la sínfisis un asa intestinal estrangulada, del tamaño de un puño, elástica y tan meteorizada que daba un sonido muy timpánico. Abierto el vientre se vió que esta asa se hallaba gangrenada, adherida ligeramente por medio de un exudado fibrinopurulento al omento y á las asas próximas, y penetrando un poco en la pelvis menor. Cuando hube sacado todo el paquete fuera de la herida, se vió que el asa gangrenada estaba estrangulada por una brida que partiendo de la porción aferente, inmediatamente por encima del punto estrangulado (á unos 150 centímetros por encima del ciego), terminaba en una vejiga parecida á la vesícula biliar tensa, pero de color violeta obscuro.

Para comprender cómo un divertículo de Meckel puede estrangular de

este modo el intestino y hacer un nudo sobre éste á pesar de no ser largo dicho divertículo, hay que suponer que primeramente se formó al lado del intestino una asa anular en el divertículo. Los movimientos peristálticos hicieron penetrar una asa intestinal pequeña en el anillo, iniciándose con esto el anudamiento ulterior. La misma presión ejercida por el asa intestinal sobre el anillo del divertículo, determinó la estancación venosa en este último, que al hincharse á consecuencia de esta estancación, hizo imposible que el nudo se deshiciera espontáneamente. Según esto, la hinchazón del extremo del divertículo debe haber sido, no causa, sino consecuencia del nudo, y á medida que iba aumentando dicha hinchazón se iba estirando más el pedúnculo del divertículo y apretando más el asa intestinal. Por otra parte, esta asa estrangulada tenía que hinchar á consecuencia de la estancación venosa, meteorizándose, con lo cual al aumentar la tensión en el asa ésta atraía porción mayor del intestino aferente, hasta formarse un nudo tan tenso que sólo el bisturí lo podía deshacer.

(El autor presenta la preparación respectiva).

Linfomatosis mejorada con los rayos X. — El Dr. *Pablo Clairmont* presenta un caso de linfomatosis generalizada, con tumores cutáneos, sobre todo en la extremidad superior derecha. Había además infartos ganglionares, hepatomegalia y esplenomegalia. Este enfermo, que ya ha sido presentado otra vez, el 24 de noviembre de 1905, tiene hoy muy reducida de volumen su extremidad superior derecha. Los tumores del dorso de la mano han desaparecido en su mayor parte, tanto que la piel respectiva forma hoy pliegues. En lo que más aprecia el paciente la mejoría obtenida con los rayos Röntgen es en que puede mover la mano y los dedos. En los piés el resultado no es tan notorio, pero tampoco se han tratado con tantas sesiones. La hinchazón subyacente á la mitad izquierda del maxilar inferior, se ha reducido un poco. El bazo y el hígado no se han modificado. En cambio han aumentado un poco de volumen los ganglios inguinales.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

SOCIEDAD MÉDICA DE FILADELFIA

Sesión del día 10 de Enero de 1906.

Envenenamiento crónico con el acetanilido. — El Dr. *J. B. Herrick* leyó un trabajo acerca de este asunto, refiriendo el caso de una mujer de cincuenta años, la cual durante siete años se aplicó sobre una úlcera varicosa de una pierna un polvo cuya naturaleza desconocía. Tenía debilidad, disnea, palpitaciones, depresión mental y «fenómenos nerviosos generales». La cianosis que existía no era de origen cardíaco ni pulmonar. El polvo con que se curaba esta enferma la úlcera era acetanilido puro. Al suspenderle hubo dolor, agitación excesiva y excitación casi maníaca. La aplicación tópica del acetanilido ó su uso interno calmaron los fenómenos nerviosos. Se suspendió gradualmente su empleo y la enferma curó por completo.

El estudio de este caso durante varias semanas demostró que el efecto del envenenamiento crónico sobre la nutrición es marcado. Cree el doctor

Herrick que el hábito del acetanilido es más común de lo que generalmente se cree. La facilidad con que puede obtenerse puro ó formando parte de los medicamentos que se recomiendan contra la cefalalgia, explica este hecho. El envenenamiento se conoce al averiguar que se emplea el acetanilido. La cianosis, inexplicable por otra causa, debe despertar sospechas. Los trastornos digestivos y los síntomas neurasténicos pueden ser debidos á este envenenamiento. En varios casos se ha observado infarto del bazo. La anemia secundaria puede ser excesiva. Fenómeno curioso, algunos enfermos presentaron policitemia en vez de anemia. El medio más seguro de hacer el diagnóstico es el examen de la orina, que es de color obscuro y contiene paramidofenol y sulfatos conjugados en abundancia.

Este estado debe distinguirse de las enfermedades que producen cianosis, por ejemplo, las cardíacas y pulmonares y de las anemias y leucemias. El examen minucioso de la sangre permite resolver el problema. La cianosis con policitemia é infarto esplénico puede ser simulada por la intoxicación con el acetanilido. El análisis de la orina es utilísimo en estos casos para el diagnóstico. El interés que han despertado recientemente la cianosis, la policitemia y la esplenomegalia, abren grandes horizontes á este asunto, porque el estudio del envenenamiento crónico por el acetanilido quizá difunda bastante luz y contribuya á resolver el problema.

El Dr. *A. Stengel* habló de la necesidad de distinguir el envenenamiento agudo por el acetanilido, que es muy frecuente, del crónico que es raro. Su experiencia se limita á cinco casos, de los que sólo puede referir tres. En el primero el bazo estaba muy infartado. En el segundo no hubo infarto esplénico, pero sí policitemia marcada. En los dos últimos los glóbulos rojos no presentaban modificación alguna.

Cree el Dr. Stengel, como el Dr. Herrick, que los casos de envenenamiento poco intenso por el acetanilido son muy frecuentes y pueden confundirse con otros padecimientos.

El Dr. *S. Solis Cohen* dijo que el médico debe tener siempre muy presente que existen envenenamientos ligeros por el acetanilido. Uno de los peligros más importantes del envenenamiento crónico con los derivados de la hulla es la parálisis repentina del corazón á consecuencia de un esfuerzo extraordinario. Es importantísimo reconocer las primeras modificaciones que se producen y no confundir estos envenenamientos con las enfermedades orgánicas graves del corazón ó de los riñones.

El Dr. *H. C. Wood* manifestó que los casos de los Dres. Herrick y Stengel eran más bien de envenenamiento agudo por el acetanilido. No presentaban ninguno de los síntomas característicos del envenenamiento crónico, por ejemplo, la persistencia de los síntomas después de suspenderse el medicamento ni las lesiones permanentes consecutivas á su empleo. Además, el Dr. Herrick no ha conseguido en sus experimentos producir lesión patológica alguna grave en los animales aun después del uso prolongado del medicamento. Los síntomas se presentaron inmediatamente después de administrado el medicamento á grandes dosis, y persistieron porque el acetanilido se siguió administrando hasta que el animal murió. Cree, por lo tanto, mucho más lógico considerar estos casos como ataques repetidos de envenenamiento agudo consecutivo á la ingestión repetida del veneno.

Conviene demostrar si la cianosis es consecutiva á la ingestión del acetanilido. Se cree generalmente que la cianosis es debida á la presencia de la metahemoglobina en la sangre, pero el Dr. Herrick y otros observadores no han conseguido encontrarla. Si existe en pequeñas cantidades es difícil probar su existencia En cambio, si su cantidad es pequeña no produce cianosis marcada. Cree, por lo tanto, que la cianosis intensa debe atribuirse á la dilatación aguda del corazón y á la parálisis circulatoria, características del envenenamiento con el acetanilido. Sänger ha demostrado que la sangre que ha experimentado alteraciones químicas á consecuencia de la formación de metahemoglobina no se ha destruído; en otras palabras, es posible restituir al glóbulo sanguíneo la hemoglobina que se ha convertido en metahemoglobina. Los experimentos de un observador alemán han demostrado que, en los casos en que la sangre experimenta modificaciones químicas, una gran proporción de oxígeno es absorbida, si la atmósfera es de oxígeno puro. Ha hecho experimentos con ratones, observando que en una atmósfera de oxígeno puro toleran estos animales una dosis de acetanilido dos ó tres veces superior á la fatal ordinaria. Ha observado también que, aumentando la presión del oxígeno, toleran una dosis mayor del veneno.

El Dr. *W. M. L. Coplin* se ocupó de las investigaciones hechas bajo su dirección acerca de la influencia de los productos de la hulla sobre el protoplasma de los glóbulos rojos. El aspecto de los exudados, cuando existen, es un dato de utilidad para el diagnóstico. Nada se ha observado de característico de una nefritis. El ácido fénico produce modificaciones renales marcadas. Respecto á la reacción microquímica de la sangre, no se ha observado modificación morfológica alguna característica.

El Dr. *J. C. Wilson* dijo que si se acepta la distinción hecha por el doctor Wood entre los envenenamientos agudos repetidos por el acetanilido y el crónico, los casos de este último deben ser muy limitados.

El Dr. *D. L. Edsall* manifestó que se citan casos de síntomas mentales persistentes, consecutivos al envenenamiento crónico por el acetanilido. Ha visto un enfermo de este género que presentó estos síntomas y que fué recluído en un manicomio como loco. Respecto á la relación de la metahemoglobina con los síntomas, citó un caso en el que, á pesar de haber cianosis grandísima, el examen de la sangre y de la orina reveló la existencia de hemoglobina, no de metahemoglobina. Es indudable que la cianosis no puede explicarse satisfactoriamente por la presencia de la metahemoglobina. Aludió á un autor de una obra sobre análisis de la orina, el cual pone en duda la existencia de la metahemoglobinuria, y cree que la mayor parte de los casos citados son debidos á una mala observación. El Dr. Edsall cree que lo mismo puede decirse respecto á la sangre.

El Dr. *G. Hinsdale* dijo que cuando principió á usarse el acetanilido se empleaba en mayor cantidad y con menos precauciones. Citó el caso de un epiléptico, al que se administró este medicamento durante dos años, observándose sólo algo de cianosis, á consecuencia de la medicación. El doctor Hinsdale vacila en emplear el medicamento en las cantidades en que se empleaba antiguamente.

El Dr. *Herrich* indicó que la crítica hecha por el Dr. Wood al adjetivo

«crónico» del envenenamiento por el acetanilido es exacta. Cree que la acción en estos casos es acumulativa; pero niega que el efecto producido sea permanente. Considera como más probable que el miocardio no se lesione de una manera permanente, ó que se normalicen las funciones de los órganos hematopoiéticos. No cree que los síntomas mentales producidos por el acetanilido sean permanentes, como dice el Dr. Edsall, porque la mayor parte de los enfermos curaron al suspenderse el medicamento.

Preguntó después si algunos de los miembros de la Sociedad había observado algún caso de envenenamiento crónico por la nuez moscada. Ha visto hace pocas semanas una enferma cuyos antecedentes eran casi idénticos á los de los casos que se discuten. La cianosis era profunda y no podía explicarse por lesión alguna cardíaca ó pulmonar. La enferma, una alemana de edad avanzada, había tomado, durante quince años, media nuez moscada diaria para combatir un trastorno intestinal. Una semana antes de verla el Dr. Herrick había suspendido el uso de la nuez moscada. Nada de particular se observó en la orina, y la cianosis, aunque intensa, era menor.—(*New York Med. Journal*).—F. Toledo.

PERIÓDICOS

Efectos del té en infusión.—El té, dice Sir Lauder Brunton, obra sobre la circulación, la médula y el encéfalo. Activa la circulación sanguínea y mejora el riego cerebral. El cerebro es, según toda probabilidad, estimulado directamente, y un efecto de esta estimulación es el insomnio. Bennet y Mc Kendrick creen que el té disminuye ó suprime la transmisión de las impresiones sensitivas en los nervios periféricos y en la médula espinal, moderando así la sensación de cansancio y produciendo otra de bienestar. En cambio de estas ventajas, el abuso del té tiene ciertos inconvenientes.

Al disminuir las sensaciones desagradables, disminuye el apetito, y es un obstáculo para la alimentación. Además, ciertas clases de té ejercen una acción nociva sobre el estómago por el tanino que contienen. El tanino tomado á la vez que la carne hace ésta menos digestible, de modo que la costumbre de tomar té cuando se come carne puede originar la dispepsia. Además, el tanino contenido en el té ataca la mucosa digestiva. Es preciso, por lo tanto, al preparar la infusión del té, evitar que llegue á la ebullición para que no se sature de tanino.

En las personas que abusan del té, á causa de ser menor la sensación de peligro y de alimentarse menos de lo debido, el gasto físico es mayor que que el ingreso, se vuelven nerviosas é impresionables y padecen con facilidad neuralgias y temblor. Este es provocado con mayor frecuencia por el té verde que por el negro.

El té es un estimulante enérgico de la circulación, y cuando se abusa de él se debilita el corazón, las pulsaciones se hacen más frecuentes y el pulso más débil.

Todos los tés no son nocivos por igual. Muchos prefieren el té de Ceilán

y de la India al de China, á causa de su aroma y de su acción estimulante, pero este último contiene menos tanino y no predispone tanto á la dispepsia. El té verde y el negro no son dos variedades diferentes, sino que su diferencia es debida al modo de preparación; el té negro, antes de ser sometido á la torrefacción, sufre una especie de fermentación.

En resumen, el té sometido á la infusión durante dos ó tres minutos y tomado sin exceso, es útil y agradable; pero tomado en exceso ó á la vez que la carne puede trastornar la digestión; su abuso origina trastornos nerviosos gravísimos.

(*Rev. de ther. medico-chirurgicale*, 15 enero 1906).—F. Toledo.

El cloruro de calcio en las hemorragias.—El Dr. Stokes recomienda el cloruro de calcio como estíptico en las hemorragias. En la hematuria da buen resultado á la dosis de un gramo cada cuatro horas. La hematemesis se detuvo con un solo enema, que contenía 1'25 gramos.

(*Brit. Med. Journal.*—R. del Valle.

Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la neumonía.—En la neumonía, dice el Dr. Morison, hay tendencia á la repleción de las cavidades cardíacas derechas y á la depleción de las izquierdas, igual que en la taquicardia y en la asfixia. El medio más útil de conservar la energía cardíaca es el empleo de la estricnina, administrada en proporción á la debilidad del enfermo. El estrofanto y la digital casi nunca son útiles, porque obran principalmente sobre las cavidades cardíacas izquierdas, relativamente vacías, y en vez de favorecer, perjudican á la circulación. El opio es perjudicial; pero, en cambio, la trementina es útil cuando hay acumulación de secresión bronquial que amenaza ahogar al enfermo. Lo que sabemos respecto á la patogenia de la neumonía, demuestra que es imposible contener el proceso neumónico por la sangría, ni por el uso tópico del hielo, como acontece en otras inflamaciones superficiales, por ejemplo, la otitis, etc. En las viscerales nada se consigue con la sangría. Esta es incapaz de yugular la neumonía, lo cual sólo se conseguirá cuando se descubra algún suero bactericida ó antitóxico, capaz de destruir *in situ* el neumococo y los organismos asociados. La sangría es útil, sin embargo, ya que no para prevenir el proceso neumónico, para favorecer la energía cardíaca. Está indicada cuando hay disnea grandísima con más ó menos cianosis del semblante, repleción de las venas superficiales y disminución de amplitud del pulso radial. En estas condiciones produce un alivio inmediato, pero temporal; es preciso prolongar su acción por otros medios, y el más eficaz de todos es la estricnina en inyecciones hipodérmicas. Conviene combatir una idea falsa: la de considerar la fiebre como útil en la neumonía, creyendo que el proceso febril limita los estragos del neumococo, sin tener en cuenta que éste puede estar asociado á otros microorganismos más mortíferos que él, y que se desarrollan mejor durante el estado febril.

(*Medical Press*).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LA FIEBRE TIFOIDEA

Y LA DOCTRINA HÍDRICA ANTE LOS TRIBUNALES ALEMANES

POR EL

DR. R. HAUSER

Entre las enfermedades infecciosas hay dos, el cólera y la fiebre tifoidea, cuya etiología ha sido y es todavía el campo de combate entre dos escuelas igualmente célebres en Alemania, *la de Koch* y *la de Pettenkofer*. La una atribuye la génesis de una epidemia colérica ó tifoidea á los gérmenes patógenos presentes en un manantial ó en los depósitos de agua que alimentan una ciudad, habiendo sido contaminados directa ó indirectamente por las materias fecales procedentes de coléricos ó de tíficos, mientras que la otra niega en absoluto la propiedad epidemiógena del agua potable y la atribuye más bien á la contaminación del suelo por las materias orgánicas, conteniendo los gérmenes patógenos, y para esto es necesario que el suelo tenga condiciones propicias á la proliferación de los gérmenes, que son *la disposición local y temporaria*, pues numerosas observaciones, recogidas con este fin, han demostrado que hay localidades que presentan una disposición favorable al desarrollo de una epidemia en meses determinados del año que pueden diferir en cada uno de ellas.

Tenemos que hacer constar que el verdadero autor de la teoría del origen hídrico de la fiebre tifoidea y del cólera no es el doctor Koch, sino el Dr. Snow, cuya observación memorable durante el cólera de Londres en 1854 ha impresionado tanto el mundo científico, pues había demostrado con una estadística de mortalidad que la epidemia se había limitado á un distrito llamado Broad-Street, ali-

mentado por la canalización unida á una bomba que sacaba el agua del Támesis contaminado por las deyecciones humanas, mientras que otros distritos abastecidos por agua procedente de otra canalización han sufrido muy poco, lo que le hizo atribuir la propagación de la epidemia al agua potable contaminada. Hay que tener en cuenta que en aquella época no se hablaba de microbios y de bacilos vírgulas, ni tampoco de análisis química de aguas; la observación se basaba simplemente en la suposición de que el agua de la bomba fué infectada por materias orgánicas procedentes de infiltraciones de alcantarillas. Tampoco se había tenido en cuenta la situación topográfica de aquel distrito, que forma una de las mayores depresiones de la ciudad, dando lugar á filtraciones de materias orgánicas en el suelo, pues en aquella época el sistema de canalización de Londres era todavía muy imperfecto. Por consiguiente, se trataba más bien de un suelo contaminado que de una agua infectada.

La hipótesis de la doctrina hídrica del cólera y de la fiebre tifoidea ha adquirido carácter de doctrina gracias al patrocinio de un bacteriólogo de tanto prestigio como el Dr. Koch, el cual, después de su regreso de la India, dió á conocer á las celebridades médicas de Alemania, en su notable conferencia de Berlín del mes de mayo de 1885, la presencia del bacilo vírgula en el intestino de los coléricos, habiéndose declarado al mismo tiempo el campeón más ardiente de la doctrina hídrica. Desde aquella fecha se acentuó cada día más la divergencia en la clase médica, que se dividió en dos campos: los unos siendo adeptos de la doctrina de Pettenkofer y los otros de la de Koch. Este, habiendo sugestionado el mundo médico con su descubrimiento de bacilos patógenos de dos enfermedades consideradas como dos grandes azotes de la humanidad, la tuberculosis y el cólera, ha logrado imponer la doctrina hídrica á los sabios de todos los países y hacerla adoptar como doctrina oficial en todos los centros de enseñanza, tanto en Alemania como en Francia y en Inglaterra, haciéndola considerar como una consecuencia lógica de los progresos de la bacteriología, lo que no ha impedido á los adeptos de la doctrina de Pettenkofer, no sólo de defender sus ideas, basadas sobre hechos auténticos y estudios concienzudos, sino de aprovechar todas las circunstancias oportunas para atacar á sus adversarios sobre el terreno donde se creyeron más fuertes, demostrando la inanidad de sus argumentos y la inexactitud de la interpretación de los hechos que invocaron en su apoyo.

No puede haber sido más favorable la ocasión que se presentó en el otoño de 1901, cuando estalló una epidemia de fiebre tifoidea en un distrito minero carbonífero de Westfalia, donde, después de una investigación muy severa hecha por peritos de gran competencia técnica, la doctrina localista consiguió una brillante victoria contra la doctrina hídrica, defendida con mucho empeño por el Dr. Koch mismo. He aquí el hecho :

En el mes de septiembre de 1901 se presentó en uno de los más importantes distritos industriales de la Prusia, en Westfalia, una epidemia tifoidea, empezando por el círculo de Gelsenkirchen, cuya población se eleva á cerca de 250.000 almas, y extendiéndose sucesivamente sobre varias localidades del mismo distrito. El Gobierno de Prusia, preocupado con la intensidad de esta epidemia, que en cuatro meses de duración ocasionó 2.500 casos, nombró una comisión médica, presidida por el Dr. Koch, con el fin de estudiar su evolución y su origen. La comisión no tardó en llegar al lugar del suceso ya con el juicio formado de antemano de sostener la doctrina hídrica, y á su regreso á Berlín presentó su informe al Ministro el 21 de octubre, declarando que el origen de la epidemia era debido á la contaminación de las aguas del Ruhr, que sirven para la alimentación de la ciudad de Gelsenkirchen, y en corroboración de su tesis invocó los siguientes hechos :

1.° En el mismo mes hubo varios casos de tifoidea en Horst, pueblo situado cerca del río llamado Eiberg, afluente del Ruhr; y según el testimonio de los habitantes del pueblo, una parte de las deyecciones de los enfermos había llegado de una manera directa ó indirecta al Eiberg.

2.° La Compañía de las aguas, no pudiendo disponer de la cantidad necesaria de agua para la alimentación de los habitantes del distrito y para los fines industriales por causa de la baja de la capa subterránea y del nivel del río, utilizó el agua del Ruhr no filtrada, sirviéndose para este objeto de tuberías auxiliares llamadas *stichrohrs*.

Para la mejor comprensión de los motivos del litigio á que dió lugar la declaración del Dr. Koch, vamos á hacer una relación sucinta de la situación del distrito minero y de los trabajos hidráulicos que servían para las necesidades industriales del distrito al par que al suministro de aguas potables.

El distrito minero carbonífero de la Westfalia septentrional, de la cual Gelsenkirchen forma el centro, se halla situado entre dos

ríos, el Emsch, al Norte, y el Ruhr, al Sur, pero este último fué escogido por la Compañía para establecer allí las máquinas hidráulicas destinadas á los servicios del distrito, no sólo á causa de su gran caudal de agua, sino también porque todas las afluentes del Emsch llevan agua saturada de materias orgánicas.

Con este fin, había instalado sobre los puntos culminantes próximos al valle del Ruhr dos depósitos de agua, llamados el de Frillendorf y el de Leythe, sirviendo cada uno una red distinta en los diferentes círculos del distrito, situados unos al Oeste y otros al Este. El agua de los depósitos proviene en parte del agua subterránea y en parte del río, después de haber atravesado los filtros establecidos cerca de sus riberas. Sin embargo, en la época de la baja del nivel de la capa de agua subterránea, las máquinas hidráulicas se ven obligadas á recurrir al agua no filtrada del Ruhr por medio de tuberías auxiliares, con el fin de poder suplir á las necesidades de la industria, pues no se puede desconocer que este distrito es uno de los centros industriales más importantes de la Prusia rhinana, que no cuenta menos de 100 centros de explotación minera, cuyos trabajos requieren las nueve décimas partes de la cantidad de agua que suministran el río y la capa subterránea, y sólo una décima parte sirve para el uso doméstico y la bebida. De este modo se explica que haya más de 20 máquinas hidráulicas que funcionan en las riberas del Ruhr, sacando el agua directamente del río por medio de tubos especiales llamados *stichrohrs*, que se clavan en el lecho mismo del río.

A consecuencia del informe de la Comisión, presidida por el doctor Koch, el Gobierno hizo responsable á la Compañía de aguas y mandó al Procurador general perseguirla judicialmente. El Tribunal encargado de esta cuestión en litigio pidió al Ministro que la Sección científica del departamento médico de Westfalia informara de nuevo sobre este asunto. Después de un año de investigaciones en el lugar mismo del suceso, es decir, el 1.° de diciembre de 1902, la Comisión presentó su dictamen en los términos siguientes: la epidemia de fiebre tifoidea en Gelsenkirchen fué ocasionada por el uso del agua potable contaminada; aunque no se puede afirmar de un modo cierto, es muy probable que los bacilos tíficos del agua del Ruhr hayan penetrado en los conductos del agua potable. El Gobierno, basándose sobre la opinión de la segunda Comisión médica, procedió en octubre de 1903 á la persecución judicial de los directores de la Compañía de aguas de Gelsenkirchen. Entonces la

Compañía se dirigió al profesor Emmerich, de Munich, y al doctor Wolter, de Hamburgo, personas cuya competencia en esta materia es muy reconocida en Alemania, para que defiendan como peritos técnicos su causa ante el Tribunal.

Desde el principio de los debates, la defensa invocó en primer lugar el hecho de que no sólo en los diferentes análisis bacteriológicos hechos, durante la epidemia, del agua de los conductos y de los depósitos, no se han encontrado bacilos de tifoidea, sino también la cantidad de gérmenes en general que contenía aquélla no excedió de 40 á 193 por centímetro cúbico, lo que probaría una de dos: ó que el volumen de agua del Ruhr no filtrada que entró en los depósitos no pasaba de 3.000 metros cúbicos, ó que el agua antes de entrar en las tuberías auxiliares se filtró á través de los casquijos fangosos.

En segundo lugar, los estudios bacteriológicos proseguidos posteriormente por el profesor Emmerich con muestras de agua del Ruhr y de la del río Eiberg, introduciendo en ellas un gran número de bacilos tíficos que había cultivado antes sobre agar, han demostrado la propiedad bactericida de estas aguas. He aquí el resultado detallado de sus investigaciones:

Primer experimento. — 9 de noviembre de 1903.

1 cm³ de agua del Ruhr.—Después de haber añadido los bacilos tíficos, contenía inmediatamente después..	12.857.148
24 horas después (á 15° c.).....	5.857.148
1 cm³ de agua del Eiberg. — Después de haber añadido los bacilos, contenía inmediatamente después.....	5.148.000
24 horas después (á 15° c.).....	2.571.482
48 — — —	1.480
70 — — —	0

Segundo experimento. — 9 de enero de 1904.

1 cm³ de agua del Ruhr.—Después de la mezcla con los bacilos, contenía inmediatamente después..	21.600.000
24 horas después (á 15° c.)....	7.200.000
66 — — —	121.571
105 — — —	0
1 cm³ de agua del Eiberg. — Después de la mezcla con los bacilos, contenía inmediatamente después.....	22.320.000
48 horas después (á 15° c.).....	9.571.429
66 — — —	144.000
85 — — —	0

El profesor Emmerich y su colaborador Gemünd han hecho análogos experimentos con el agua potable que abastece la ciudad de

Munich. Habiendo añadido 540.000 bacilos por cm^3 de agua, éstos quedaron reducidos, después de cuarenta y ocho horas, á 12.

Para poder dar una explicación plausible de este hecho, hicieron someter el agua á un examen microscópico por el Dr. Löflein, considerado como una autoridad indiscutible en esta materia; éste encontró que el agua contenía dos clases de flagelas, cuyo vientre estaba lleno de restos de bacilos tíficos.

Es indudable la importancia de este descubrimiento, que no tardó en ser confirmado por otros bacteriólogos de igual competencia.

Estos experimentos hechos *in vitro* son tanto más demostrativos cuanto que las condiciones de la lucha entre las flagelas y los bacilos tíficos en el agua estancada no son tan favorables á las primeras como en el agua corriente, donde á cada momento una nueva cantidad de flagelas llegan como refuerzo para sus congéneres, que están devorando los bacilos tíficos. Además hay también que tener en cuenta las propiedades bactericidas de los rayos solares que concurren á la obra destructora de las flagelas.

El profesor Emmerich ha presentado otro argumento no menos decisivo para demostrar lo mal fundado de la acusación. Los distintos análisis químicos del agua de los conductos y de los depósitos hechos por diferentes químicos, han demostrado que la materia orgánica que contenía no pasó de 41 milígramos por litro. Ahora bien; hoy día está admitido, según los trabajos hechos por el doctor Bolton, bajo la dirección del Dr. Flügge, que los bacilos tíficos no pueden proliferar en una agua que contiene menos de 67 milígramos por litro de materia orgánica azoada.

La acusación, viéndose rechazada en sus últimas trincheras, pidió al Tribunal que tuviese á bien reconocer la infección de las aguas del Ruhr por las del río Eiberg como prueba de indicios. La defensa, habiéndose opuesto á esta pretensión; el Tribunal, comprendiendo la dificultad de zanjar esta cuestión con completa imparcialidad desde el punto de vista médico, decidió buscar nueva luz en el terreno técnico. Con este fin estimó necesario agregar á la Comisión técnica otros ingenieros de competencia reconocida y de prorrogar la fecha de los debates hasta el mes de julio de 1904, para dar tiempo á los peritos técnicos de someter el caso á un nuevo examen. En efecto, la nueva Comisión se reunió en el mes de julio. En la primera sesión, el presidente del Tribunal insistió en la necesidad de establecer, de una manera precisa, el camino que había recorrido el agua supuesta infectada del Ruhr, á través del

mecanismo complicado de las máquinas hidráulicas para llegar á los conductos de distribución. Con este fin, la Comisión técnica hizo estudios minuciosos acompañados de investigaciones algo penosas durante algunos días, y después de haber reunido un cúmulo de datos, todos concordes, afirmó por unanimidad *que la mayor parte del agua supuesta infectada había llegado á los distritos que habían quedado inmunes.* En la sesión siguiente, celebrada en el mes de noviembre, los tres peritos técnicos, después de confirmar los resultados de los trabajos del mes de julio, añadieron que, conforme á los nuevos conocimientos adquiridos sobre la materia, *el 75 por 100 del agua no filtrada supuesta contaminada, había sido distribuída entre los círculos que quedaron inmunes y el 25 por 100 sólo entre los círculos infectados.* La admisión unánime de este hecho bastó para establecer que *el agua del Ruhr no había influído para nada en el desarrollo de la epidemia de Gelsenkirchen.*

Una vez el papel del agua excluído como causa patógena desde el punto de vista técnico, se impuso la cuestión: ¿A qué causa debe atribuirse el origen de la epidemia?

Entonces el profesor Emmerich se puso á explicar ante el Tribunal el origen de la epidemia, conforme á la doctrina de Pettenkofer, que admite sólo la influencia del suelo como causa epidemiógena de la fiebre tifoidea, á condición de ser favorecido por concurso de dos factores, que son *la disposición local y temporaria.* En cuanto á la primera, es necesario un suelo poroso, accesible al aire y al agua, descansando sobre un subsuelo impermeable y saturado de materias orgánicas en descomposición.

En cuanto *á la segunda,* son necesarias la *humedad* y el *calor,* que favorecen la proliferación de los gérmenes.

Ahora bien; conforme á los estudios concienzudos proseguidos durante más de cuarenta años por M. Breme, arquitecto de la provincia de Westfalia, el suelo del distrito minero de Gelsenkirchen representa el verdadero tipo de un terreno pantanoso, saturado además de deyecciones humanas, y por lo tanto constituye un terreno de cultivo favorable para todos los microbios patógenos. Vamos á dar un extracto de su informe sobre la naturaleza de este terreno:

«Todo el valle de Emsch está constituído por un terreno aluvial y es completamente llano, de modo que durante las grandes crecidas el agua no encuentra salida hacia el río; toda la llanura queda inundada, formando un pantano muy extenso, con la circunstancia agravante de que en este caso los afluentes del Emsch llevan

tal cantidad de agua que hacen desbordar el río y transforman una parte del distrito en una inmensa laguna. A pesar de todos los trabajos hechos en los últimos tiempos para regularizar el río y para canalizar el terreno, éste conserva siempre el carácter de pantano, pues á medida que la industria hullera ha seguido prosperando y que los trabajos de las minas han aumentado, se ha excavado el terreno en muchos sitios hasta 3 metros de profundidad y las depresiones del suelo han aumentado en número y en extensión, favoreciendo las condiciones pantanosas del terreno. Así se ve que el agua subterránea, saturada de materias orgánicas, sube á los sótanos y algunas veces llega hasta los retretes, arrastrando las materias fecales, y últimamente las numerosas industrias que se han formado contribuyen todavía más á aumentar la contaminación del suelo con las deyecciones humanas.

El valle del Emsch está limitado al Sur por una cadena de pequeñas colinas que le separan del valle del Ruhr y que se extienden en una suave pendiente hasta confundirse con la llanura del Emsch. La parte más alta de estas colinas, á medida que avanza hacia el Sur, se eleva á 60 metros, por término medio, sobre la llanura del Emsch. De ahí resulta que en los tiempos de lluvia una parte del agua corre hacia el valle del Emsch, inundando las partes más bajas, mientras que la región Sur del distrito, comprendiendo los lugares situados en el valle del Ruhr, es relativamente más seca y sus condiciones sanitarias son más favorables».

* * *

De lo que precede resulta que el valle del Emsch reune, no sólo todas las condiciones que caracterizan un terreno pantanoso, sino también las de un suelo contaminado por las materias orgánicas y por las deyecciones humanas en estado de fermentación, suelo que llega á ser más peligroso en el momento que las capas superficiales se han desecado durante los meses calurosos del verano y las capas inferiores han conservado todavía un cierto grado de humedad que facilita la fermentación de las materias orgánicas, lo que ocurre generalmente á principios del otoño.

Ahora, la cuestión se impone. Hallándose el terreno de Gelsenkirchen contaminado en alto grado, porque la fiebre tifoidea no reina allí endémicamente y no reviste con mayor frecuencia la forma epidémica, pues desde la epidemia de 1885 no volvió á presentarse en forma epidémica hasta el año 1901, ¿este hecho justificaría

la creencia de que un suelo contaminado no constituye por sí solo una causa predisponente para el desarrollo de la fiebre tifoidea? Este punto constituye precisamente la clave de la doctrina de Pettenkofer. Según ésta, los elementos constituyentes de un terreno propicio para la génesis de una epidemia colérica ó tifoidea son: *aire, humedad, calor* y *materia orgánica*; pero es necesario que estos elementos se hallen reunidos en una proporción determinada para asegurar la vitalidad de los gérmenes y su facultad de reproducción y de su conservación prolongada en estado saprofítico. Algunos de estos factores están ligados á las condiciones topográficas é higiénicas de una localidad, otros á las condiciones climatológicas, y el conjunto de ellos fué designado por Pettenkofer con el nombre de *disposición loco-temporaria*. Basta que falte uno de estos elementos para que el terreno carezca de condiciones epidemiógenas; por ejemplo: un terreno arenoso, saturado de agua, hasta el punto que sus poros estén completamente llenos y privados de aire, ó, por el contrario, un terreno poroso, pero completamente seco, á tal profundidad que la capa de agua subterránea no ejerce influencia sobre los estratos inferiores del suelo, ó un terreno húmedo exento de materias orgánicas en descomposición. En presencia de cualquiera de estas condiciones, el suelo constituye un medio de cultivo poco favorable para la proliferación de los gérmenes tifógenos. El peligro aparece sólo en el momento en que las capas superficiales del suelo quedan accesibles al aire y que las capas inferiores saturadas de materias orgánicas han conservado todavía cierto grado de humedad á causa de su capilaridad, que facilita su comunicación con la capa de agua subterránea. De este modo se explica por qué la epidemia de fiebre tifoidea se presenta generalmente en otoño, pues la gran sequedad del suelo y la baja del nivel de la capa subterránea y del río coinciden con los meses de septiembre y octubre, á causa de la gran evaporación que ha tenido lugar durante los meses calurosos del verano. Ahora bien; considerando que el concurso de todas estas circunstancias que favorecen la vida parasitaria de los gérmenes tifógenos se halla íntimamente ligado con las condiciones climatológicas y topográficas de una localidad, resulta que el problema de la génesis de la fiebre tifoidea no es tan sencillo como los adeptos de la doctrina hídrica se imaginan. Es, al contrario, muy complejo y no puede ser resuelto de una manera satisfactoria más que conforme á los principios de la *disposición loco-temporaria* de Pettenkofer.

Según la exposicion sucinta de la doctrina de Pettenkofer, que acabamos de hacer, será fácil de explicar por qué la fiebre tifoidea se presentó sólo dos veces epidémicamente en dieciséis años (1885 y 1901) en Gelsenkirchen, y siempre en la misma época del año.

1.° Según los datos anteriores, el distrito minero del valle del Emsch está constituído por un terreno aluvial, en parte de arcilla y en parte de arena; es poroso, de 2 hasta 10 metros de profundidad, y descansa sobre un suelo margoso que cubre enormes yacimientos carboníferos de 250^{m} de espesor.

2.° La ciudad de Gelsenkirchen y sus alrededores presentan primero un suelo saturado de deyecciones humanas y de restos de materias orgánicas de toda clase: segundo, además de la gran densidad de su población, la ciudad está desprovista de una canalización, y, por consiguiente, las condiciones higiénicas del suelo y del subsuelo son muy deficientes.

Pero, dadas las condiciones topográficas del valle del Emsch, terreno poco accidentado, conteniendo numerosas depresiones á consecuencia de los trabajos mineros, y recogiendo, no sólo las aguas meteóricas, sino también las aguas procedentes de las montañas vecinas y de las afluentes del Emsch en la época de las crecidas, la capa de agua subterránea es generalmente muy elevada, hasta el punto que los estratos superficiales del suelo no llegan á desecarse completamente durante el verano. Por consiguiente, es la falta de aire en los intersticios de los estratos superficiales del suelo lo que constituye un elemento hostil á la proliferación de los gérmenes tifógenos. No obstante, no todas las localidades del valle del Emsch presentan las mismas disposiciones locales que Gelsenkirchen; hay algunas que tienen menor densidad de población, hay otras cuyo suelo está mejor saneado, y hay también algunas que disfrutan mejores condiciones higiénicas. También hay años excepcionales en que las lluvias son muy raras. En este caso, los estratos superficiales del suelo del valle del Emsch acaban por desecarse, lo que ha sucedido en 1901, año en que la altura de las lluvias, desde 1.° de mayo hasta fines de agosto, había alcanzado sólo $164^{mm},85$, mientras que el término medio de los últimos quince años, por los mismos meses, fué de $322^{mm},9$. A consecuencia de esta circunstancia hubo una baja de la capa de agua subterránea y la *disposición loco-temporaria* fué favorable al desarrollo de la epidemia de fiebre tifoidea.

Ahora se trata de saber qué influencia ejerce la baja ó la alza de

la capa de agua subterránea en las condiciones vitales y la proliferación de los bacilos de la fiebre tifoidea.

Numerosas observaciones relativas á la evolución de epidemias coléricas y de fiebre tifoidea, y los experimentos bacteriológicos practicados por el profesor Emmerich con secciones del suelo de localidades infectadas, tales como Schalke, Uckendorf, Gelsenkirchen, Munich y Detmold, en las cuales había sembrado bacilos de fiebre tifoidea, han demostrado:

1.° Que estos bacilos, depositados en un suelo contaminado, prosperan, crecen y proliferan aun después de siete meses, mientras que perecen antes de los diez días en un suelo seco, exento de materias orgánicas.

2.° Que en un suelo saturado de humedad, hasta el punto que el aire de los intersticios es completamente reemplazado por el agua, los bacilos de la fiebre tifoidea no sólo pierden su facultad de reproducción, sino que también disminuyen en cantidad y acaban por perecer; pues con las lluvias abundantes son arrastrados desde las capas superficiales hasta una gran profundidad, donde quedan inofensivos.

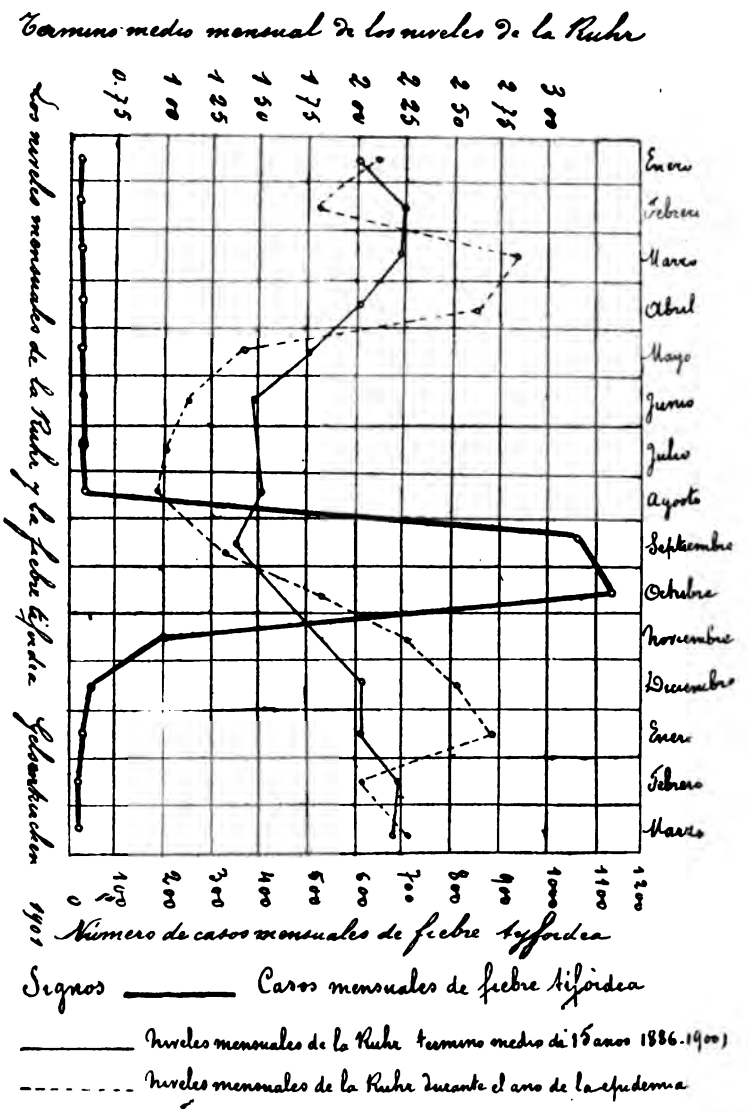
Según las investigaciones hechas por los Dres. Gemünd y Emmerich, después de una lluvia de 40^{mm} de altura, el número de bacilos tíficos ha bajado de 6.000.000 á 23.000 por 100 milígramos de suelo.

3.° Un suelo poroso, cuyos estratos superiores están secos y, por lo tanto llenos de aire, pero cuyos estratos inferiores conservan un cierto grado de humedad y además materias orgánicas, tal como ocurre en el caso de una baja de la capa de agua subterránea después de muchos meses de verano de sequedad, constituye un terreno de cultivo favorable á la proliferación de los bacilos tíficos ó coléricos.

4.° Un suelo contaminado, cuyas capas superiores se han desecado durante los meses de verano de 1 á 20 centímetros de profundidad, y, por lo tanto, han llegado á ser accesibles al aire, pero cuyas capas inferiores, á consecuencia de su porosidad, se hallan bajo la dependencia de la capa de agua subterránea en descenso, constituye también un terreno de cultivo por excelencia para los bacilos tifógenos.

Para convencerse de la influencia de la baja de la capa de agua subterránea en la génesis de una epidemia de fiebre tifoidea, basta echar una ojeada al diagrama siguiente, que indica la baja del ni-

vel del Ruhr durante los meses de agosto y septiembre de 1901, comparada con el término medio de la baja de este río durante los mismos meses de los quince años anteriores.



En vista de una victoria tan brillante alcanzada por los adeptos de la doctrina localista después de una defensa muy empeñada, que no ha durado menos de tres años, todo espíritu imparcial

juzgará con razón que la fe ciega de los hombres de ciencia en la doctrina hídrica, habiendo recibido un rudo golpe, de aquí en adelante, cuando las autoridades médicas sean llamadas á ilustrar la opinión sobre el origen de una epidemia de fiebre tifoidea, tratarán de adquirir toda clase de luz antes de establecer de una manera perentoria si es debida ó no á la infección de aguas potables. No obstante, la epidemia de fiebre tifoidea, que estalló en Detmold en el mes de diciembre de 1904, ha llegado á demostrar que no siempre la opinión de los hombres de mérito está inspirada por la lógica y el amor á la verdad. He aquí el hecho :

La ciudad de Detmold, que cuenta 12.000 habitantes, se abastece de una agua potable muy pura, cuyo manantial nace en un suelo virgen del Teutonburgerwald. El 29 de agosto de 1904, la ciudad fué invadida súbitamente por una epidemia de fiebre tifoidea. El Gobierno se apresuró á enviar una Comisión médica, presidida por M. Koch, con el objeto de estudiar su origen y adoptar las medidas de defensa necesarias. La Comisión, basándose en el simple hecho de que la epidemia se había presentado bajo la forma de explosión, habiendo producido desde el primer día 19 casos, declaró de una manera categórica que era debida á una infección de las aguas potables. No habiendo podido demostrar la presencia de bacilos en las aguas de los conductos, se recurrió á otra prueba indirecta, que es la siguiente : se arrojó primero 40 cubos de una solución de cloruro de sodio en una fisura de la roca próxima al manantial, y una hora después se sometió á un reconocimiento químico el agua de éste, y se encontró que contenía mucho más cloruro de sodio que antes, lo que prueba evidentemente la existencia de una comunicación entre la fisura y el manantial. Ahora bien; dada la circunstancia que los sitios próximos á este último son muy frecuentados por los habitantes de Detmold, la Comisión concluyó que algún convaleciente de fiebre tifoidea que se encontraba entre los visitantes, pudiera bien haber depositado sobre el suelo con sus deyecciones cierta cantidad de bacilos tíficos, que fueron arrastrados después con la lluvia hacia la fuente. Felizmente, la epidemia empezó á declinar el 24 de septiembre y terminó el 27 de octubre, después de haber producido 719 casos y 52 defunciones. Pero por falta de un tribunal que establezca sobre datos positivos un juicio afirmando ó invalidando el dictamen de la Comisión, fué la casualidad la que se encargó de esa tarea, pues el 12 de noviembre, es decir, dieciséis días después de no haberse presentado ningún caso nuevo, en uno

de los reconocimientos bacteriológicos se encontraron bacilos eberthianos en el agua del manantial. No obstante, el burgmestre ha esperado hasta el 28 de noviembre, antes de poner el hecho en conociento del público, advirtiéndole de no servirse de esta agua sin haberla hervido previamente. Aunque la advertencia vino algo tarde, es decir, dieciséis días después del descubrimiento de los bacilos tíficos en el agua del manantial, ningún caso nuevo volvió á presentarse durante ese tiempo, lo que prueba de una manera incontestable que los bacilos tíficos quedaron inofensivos en los depósitos de agua. Este hecho tiene su explicación, primero en la dilución de los bacilos en una cantidad enorme de agua; segundo en la falta de materias orgánicas en el agua, y finalmente en el hecho de que las flagelas se hallan siempre presentes en todas las aguas corrientes, que contribuyen á diezmar los bacilos. En efecto, el profesor Emmerich ha repetido los mismos experimentos con el agua de Detmold que con la del Ruhr, y que han dado el mismo resultado, pues 1 cm^3 de aquel agua bastó para destruir 3.800.000 bacilos eberthianos en veinticuatro horas.

Emmerich ha dado análoga explicación del origen de la fiebre tifoidea en Detmold, á la que dió de la de Gelsenkirchen. Aquella ciudad, lo mismo que ésta, se hallaba desprovista de un sistema de canalización. La mayor parte de sus casas se sirven todavía de fosas fijas que permiten la filtración de las materias orgánicas á través del suelo. Otro tanto ocurre con los sumideros, cuyas aguas contaminaban el suelo. Además de la infección del suelo, el Dr. Emmerich puso en relieve el hecho que el verano de 1904 fué excesivamente seco, no habiendo caído lluvia durante los meses de julio y agosto. Por consiguiente, hubo una baja de la capa de agua subterránea, lo que favoreció la proliferación de los bacilos tifógenos, mientras que durante el mes de noviembre no cesó de llover, circunstancia que contribuyó á hacer inofensivos estos mismos bacilos, que se mezclaron con el agua del manantial.

* * *

Los Dres. Emmerich y Wolter han aprovechado la fecha de la celebración del jubileo de la fundación de la doctrina localista de Pettenkofer, en 1905, para publicar en su honor una Memoria que contiene toda la historia detallada del proceso entablado contra la Compañía de aguas de Gelsenkirchen, y además, una descripción minuciosa de varias epidemias de tifoidea en las distintas ciudades

de Alemania, de 15.000 habitantes en adelante, durante los últimos veinte años (1).

CONCLUSIONES

1.ª A medida que la bacteriología ha invadido el terreno de la patología, los bacteriólogos se han hecho los dueños absolutos en el dominio de la higiene; son ellos los que se han encargado de la defensa de la sociedad contra las enfermedades infecciosas, tanto exóticas como indígenas, de modo que no se puede cultivar hoy el campo de la higiene sin ser guiado por las enseñanzas de la bacteriología.

2.ª Bajo la influencia sugestiva del Dr. Koch, uno de los primeros maestros en bacteriología, el mundo médico se ha habituado á hacer responsable el agua potable de la evolución epidémica de ciertas enfermedades infecciosas, tales como la fiebre tifoidea y el cólera, y gracias á esta hidrofobia mental, nuestras ciudades se han decidido á proveerse de una buena agua potable.

3.ª Gracias también á esta manía hidrofóbica, la mejor agua potable, la más pura bajo el punto de vista químico, no se halla más al abrigo de la sospecha de estar contaminada por algún microbio patógeno.

4.ª La epidemia de Gelsenkirchen ha probado que las localidades alimentadas por agua no filtrada y supuesta contaminada quedaron indemnes.

5.ª La epidemia de fiebre tifoidea de Detmold ha demostrado que la presencia de bacilos tíficos en los depósitos de agua que servía para el abastecimiento de la ciudad no ocasionó caso alguno de fiebre tifoidea.

6.ª La victoria obtenida por los adeptos de la doctrina localista no fué debida á una demostración científica médica contra la doctrina de Koch; fué más bien una consecuencia forzosa de una demostración matemática de los expertos técnicos que el agua del Ruhr supuesta contaminada ha sido utilizada en gran parte por localidades que quedaron indemnes, lo que permitió concluir que el agua potable contaminada no basta por sí sola para engendrar una epidemia de fiebre tifoidea.

7.ª Gracias á la orden del Gobierno de Prusia de perseguir judicialmente á la Compañía de aguas, la luz ha podido hacerse sobre

(1) Die Entotehungsursachen der Gelsenkirchener Typhusepidemie von 1901.

el verdadero origen de la epidemia. Sin esta circunstancia particular, la cuestión doctrinal en litigio no se hubiera nunca zanjado de una manera indiscutible en favor de la doctrina de Pettenkofer. Es probable que si en todas las epidemias de fiebre tifoidea que se presentan en las diversas localidades, los Gobiernos respectivos tuvieran motivo de perseguir á alguien, la defensa encontraría seguramente medios para demostrar la inculpabilidad de las aguas potables, lo que prueba que los intereses materiales ejercen un poder mucho mayor sobre el hombre que los intereses científicos para que se esfuerce de poner en juego los medios necesarios al descubrimiento de la verdad. La epidemia de Detmold lo prueba de un modo elocuente.

No obstante, hay que reconocer que la doctrina hídrica tiene el mérito de haber impulsado á los grandes centros de población para abastecerse de una buena agua potable, lo que siempre es ventajoso bajo el punto de vista de la higiene. No cabe duda que el día en que las grandes ciudades, á pesar de disfrutar de esta ventaja, muchas veces adquirida á costa de grandes sacrificios, vean que no han conseguido que desaparezcan las epidemias de tifoidea, concluirán por comprender el error en que han vivido tantos años. Entonces la doctrina localista triunfante impondrá á todos los grandes centros de población la necesidad del saneamiento del suelo, lo que contribuirá no sólo á hacer estéril el suelo de las grandes ciudades para los gérmenes de la fiebre tifoidea y del cólera, sino también á purificar el aire de las casas y á mejorar la salud de sus habitantes.

BIBLIOGRAFIA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Assistencia nacional aos tuberculosos. Relación referente á las asistencias en el Dispensario antituberculoso de Lisboa, por el Dr. D Alfredo Luiz López. Lisboa, 1905.

II. Higiene de los niños, por el Dr. D. Baldomero González Alvarez. Madrid, 1905.

III. Educación infantil bajo el concepto medicopsicológico, por el doctor D. José García Conde. Valladolid, 1906.

I

Muy conocido es entre los publicistas médicos el nombre del doctor D. Luiz López, uno de los médicos portugueses más trabajadores y de más clara inteligencia. Al frente del Dispensario antituberculoso de Lisboa, centro modelo en su género y que tan grandes beneficios presta, ha podido hacer un estudio detallado del movimiento de enfermos habido en dicho centro benéfico, y esta relación que ahora publica es la referente á los años 1903 y 1904, que arroja un total de 50.882 asistencias, cifra bastante elocuente, reflejo de lo que allí se trabaja y de lo necesario que es dicho Dispensario.

Conozco personalmente este centro y he admirado cuanto en él se hace de ciencia y de caridad; por eso, con el mayor entusiasmo felicito al Dr. Luiz López y demás profesores que le ayudan en su trabajo, pues al dar hoy á conocer por esta publicación lo que el Dispensario es y lo que ayuda á la clase pobre por su utilidad terapéutica y profiláctica de la tuberculosis, despertará estímulos en otras poblaciones para fomentar tan útil Institución.

Cuantos asistan al próximo Congreso internacional de Medicina en Lisboa, tendrán ocasión de visitar esta obra científica y de felicitar á sus entusiastas y filantrópicos sostenedores.

II

Esta publicación es la segunda parte del *Tratado didáctico de enfermedades de los niños y su clínica*, que el Dr. González Alvarez está publicando con gran acierto y excelente acogida por parte de la Clase médica. En tiempo oportuno me ocupé del análisis de la

primera parte de está obra, que comprendía la anatomía y fisiología especiales del niño, publicada en 1903, y entonces pensaba, como ahora pienso, que esta obra reune las mejores condiciones didácticas para ser obra de texto, tal cual se propone su autor.

Supone labor meritoria escribir trabajos de esta índole, en donde se ha de condensar la opinión particular acerca de las variadas y múltiples cuestiones que comprende la especialidad, y tan sólo por este esfuerzo, que pocos se atreven á hacer, merece el Dr. González Alvarez el respeto y el aplauso de la Clase médica, que desea conocer cómo piensan los que con tanto provecho y por largo tiempo se dedican al estudio de una especialidad que, como la Pediatría, avanza portentosamente de poco tiempo á la fecha.

Muchas y muy interesantes son las cuestiones de higiene de la infancia, y todas las aborda el autor de esta obra con gran copia de datos de utilidad indiscutible para formar opinión, y concluye cada capítulo con la exposición de la suya.

No es preciso señalar el índice de esta publicación, que refleja lo acabado del estudio de higiene en la infancia que ha hecho el doctor González Alvarez. El lector de ella juzgará de sus excelentes condiciones didácticas. Poco hemos leído más completo en una obra como el capítulo que dedica á la lactancia, que constituye el verdadero problema de la profilaxia de cuantas perturbaciones retrasan el desarrollo del niño y le guía á un terreno en el que lo patológico es su característica. Cierto es que es vastísimo este estudio, y al comprenderlo así el Dr. González Alvarez ha puesto en él todos sus conocimientos para hacer un capítulo de amena lectura y de grandes enseñanzas, resultando, como era de esperar, un consejero científico de gran experiencia personal en asuntos de lactancia, acrisolados en la experiencia que le presta su cargo oficial y una numerosa clientela. El último, que dedica á la mortalidad infantil, es de extraordinario orden y exactitud y de lógica consecuencia las deducciones que consigna.

De idéntica manera trata todas las demás cuestiones en su obra, que, á nuestro juicio, resulta muy original como forma de exposición y de seguro éxito cuanto á sus condiciones didácticas.

Esperamos la publicación de la tercera parte del total de este *Tratado de enfermedades de los niños*, que como referente á la parte clínica, ha de revestir gran importancia, y seguramente en ella proseguirá la ciencia y el método en la exposición que caracterizan á cuanto lleva publicado hasta la fecha, resultando así lo que es de

esperar, una obra para la enseñanza de la pediatría que honrará la bibliografía médica española.

III

Este trabajo, presentado en concepto de Tesis de Doctorado, es de los que merecen la calificación otorgada por el Tribunal á su autor, pues el asunto es de cierta originalidad, y sobre todo, se ve en él el criterio personal del Dr. García Conde, que se ha esforzado en demostrar su claro criterio en estas difíciles cuestiones y sus vastos conocimientos en asuntos de puericultura, pues el cultivo de las facultades psíquicas del niño es asunto poco atendido y bien merece que su dirección higiénica asegure un brillante porvenir moral al que ha de ser hombre honrado é inteligente. A esto tiende el trabajo que analizamos, y en el cual se recopila de modo admirable lo que á la cultura de las facultades intelectuales y los sentimientos del niño se refiere.

Se ocupa el autor de este trabajo en demostrar cómo el niño al nacer trae el germen de todas las facultades que han de dirigir su vida psíquica; que la educación de éste debe empezar desde el momento en que se inician las inclinaciones y los sentimientos; que la educación intelectual debe empezar antes de la palabra por la presencia de los objetos; que uno de los primeros cuidados que requiere la educación infantil es desarrollar la facultad de observación, procurando proceder con medida y orden para no llegar á la fatiga y hacer más provechosa dicha educación eligiendo el método más agradable.

La educación moral del niño exige gran cuidado, más acaso que la intelectual, pues conocidos los sentimientos que él revela, es preciso encauzarlos con habilidad, sin olvidar la educación física, que debe regularse con la medida precisa en esta época de gran evolución orgánica vital. Es decir, el problema pedagógico aquí estriba, á mi juicio, en el perfecto conocimiento fisicopsicológico del niño para que su aplicación sea útil.

Con este motivo el Dr. García Conde expone en su trabajo reglas de higiene educativa del niño de orden físico, intelectual y moral tan acertados, que hace resaltar el mérito de su trabajo.

No es extraño que el Tribunal calificador le distinguiera con honrosa apreciación de su mérito en la medida de su indiscutible valor científico.

Por la corrección con que este trabajo está escrito y por el fondo

científico basado en su gran erudición que revela el conocer y pensar sobre los asuntos filosóficos y médicos que se relacionan con esta materia, se adivina que su autor es persona estudiosa y seria en sus manifestaciones científicas, en las cuales le auguramos un brillante porvenir, al mismo tiempo que le felicitamos por el éxito de este trabajo.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 11 de Marzo de 1906.

Un caso de herida penetrante de vientre. — El Dr. *Slocker* (D. E.): La enferma á que se refiere, era una mujer de unos treinta y cinco años de edad, que cuatro horas antes de verla en el hospital había recibido de su marido seis puñaladas, siendo la más importante la que motiva esta comunicación, situada unos 2 centímetros por encima de la cresta ilíaca, de 3 centímetros de anchura y de una profundidad de 20, dirigida oblicuamente de abajo á arriba y de atrás á adelante, y que empezando á cuatro traveses de dedo por detrás de la espina ilíaca anterior y superior, terminaba en la cara posterior del colon ascendente. Venía la herida suturada, y entreabriendo los labios de la misma manaba un hilillo de sangre que empapaba el apósito. Tenía 36°,5 y 120 pulsaciones, facies descompuesta, ojos hundidos, nariz afilada con boca entreabierta ligeramente, por donde expulsaba las materias de vómito bilioso. Gran sensibilidad á la presión en toda la pared del vientre, y más aún en la fosa ilíaca derecha; ligero timpanismo y defensa de la pared en dicho sitio. A la percusión, zona maciza en la fosa ilíaca derecha, timpánica ligeramente en el resto del abdomen. Quitó los puntos de sutura y salieron coágulos, é introduciendo el dedo, previas las precauciones asépticas de rigor, vió que no alcanzaba el final del trayecto de la herida, extrañándole que no saliera algo del contenido intestinal, pues de los demás síntomas dedujo que era perforante de intestino.

La disociación de pulso y temperatura, si bien en general es indicio de schok, lo es más particularmente del peritoneal, y además el ligero timpanismo, la extremada sensibilidad á la palpación y la zona maciza de la fosa ilíaca y la dirección de la herida, daban la seguridad de una herida penetrante. La matidez de la fosa ilíaca podía revelar contenido intestinal ó sangre; en ambos casos había que intervenir: si era sangre, para hacer la

hemostasia, y si contenido intestinal, para suturar la perforación, y en ambos casos para limpiar la fosa ilíaca.

Para ello hizo una laparotomía lateral, cuya incisión practicó á la manera de lo que se hace para la nefrectomía de Guyon, sólo que más hacia adelante é interesando peritoneo, como es natural; entonces salió gran cantidad de sangre y contenido intestinal en la fosa ilíaca retenido; halló también un hematoma subperitoneal que venía de arriba. Tiró con cuidado hacia abajo y afuera del colon, que cedió por tener un meso ancho y largo. Llegó hasta la cara posterolateral y encontró una perforación irregular, del tamaño de una moneda de dos pesetas, con la mucosa ectropiada, y por la que salía el contenido intestinal mezclado con sangre de la mucosa. Suturó la perforación á lo Doyen; sacó al exterior la primera porción del íleon, la limpió, así como toda la fosa ilíaca y vecindades del colon; no vió más perforaciones. Redujo el contenido intestinal, suturó en parte la herida parietal y colocó un taponamiento desagüe á lo Mikulicz, y por la herida del arma blanca colocó un tubo de goma muy ancho envuelto en gasa esterilizada. Vendaje compresivo y 500 cent. cúb. de suero artificial.

La enferma reaccionó bien. A las dieciocho horas de la intervención tenía 36°,5 y 110 pulsaciones, vientre menos sensible y timpanismo escaso. La temperatura á las cuarenta y nueve horas de la intervención (primera cura) era la normal. Hoy está en franca convalecencia.

Con este caso se comprueba una vez más lo peligroso que es demorar estas intervenciones, pues es seguro que esta enferma hubiera muerto de peritonitis aun cuando se hubiera intervenido luego de declarada ésta. Y cree que vale la pena de presentar este caso frente á la actitud espectante que muchos recomiendan en casos análgos.

El Dr. *Fernández Seco* felicita al Dr. Slocker y abunda en su opinión de intervenir precozmente para que el éxito sea brillante. Cita la estadística de Ziegler, y respecto al desagüe abdominal, dice que expone á la formación de hernias operatorias.

El Dr. *Becerro* protesta de la afirmación anterior y dice que el desagüe abdominal no produce hernias operatorias, citando en su apoyo los casos, ya muy numerosos, observados en la clínica del Dr. Recasens. Dice que cuando se forma hernia con el desagüe, lo mismo se formaría sin él; es más, él cree que la bolsa de desagüe de Mikulicz es más bien una defensa contra la hernia abdominal, pues forma una canastilla de tejido celular embrionario que luego se transforma en una barrera de tejido fibroso.

El Dr. *Slocker* insiste en la absoluta necesidad de intervenir cuanto antes en los casos de herida penetrante de la cavidad abdominal, aun cuando sólo se tenga un diagnóstico de probabilidad respecto á la lesión abdominal, pues es sabido desde Delbet que el líquido sanguíneo derramado en el peritoneo se convierte en pus, si no viene la absorción: ¿qué nos sucederá con las materias estercoráceas ricas en bacterias? La intervención se impone aun en casos dudosos sin esperar tiempo, que perdido representa la vida de un enfermo. Convendrá el Dr. Seco que no podremos poner la actitud espectante como modelo para las heridas de vientre, pues según estadísticas de cierto autor (Petry), de 160 casos de perforación intestinal por distintos casos, únicamente curaron 4.

El desagüe Mikulicz proporciona una oclusión de la pared abdominal por lo menos tan perfecta como la de las laparotomías, pues las adherencias que se forman constituyen un cono fibroso de base interna y vértice externo suficiente para garantizar la perfecta oclusión.

La hernia post operatoria no es más frecuente que en la laparotomía, y puedo decir que los enfermos operados no tienen más contingencias ortopédicas ó quirúrgicas que los laparotomizados, como ha dicho muy bien el Dr. Becerro. Insiste en la premura de la intervención para evitar el colapso y la infección, y para reforzar su opinión, cita un caso de herida penetrante de estómago operado por el Dr. Fernández Sanz (quien aun cuando le ocupa todo su tiempo el sistema nervioso, hace de cirujano cuando es preciso), en el que la infección hubiera sido segura y el schok más intenso si no se hubiera intervenido. Pues bien, este enfermo, en quien el contenido estomacal se había derramado en el peritoneo, curó perfecta y rápidamente.

Un caso de tabo-parálisis. — El Dr. *Fernández Sanz* refiere un caso interesante, no sólo por lo que se refiere á diagnóstico diferencial, sino también por el problema que plantea sobre las relaciones de estas dos neuropatías.

Enfermo de sesenta y cinco años, casado, cochero. Su padre murió en un manicomio á los cincuenta y cinco años. No ha tenido más enfermedad que una pulmonía; no ha tenido enfermedades venéreas, ni presenta estigmas sifilíticos, pero su mujer ha tenido ocho abortos no justificados por causa traumática ó infecciosa. Un hijo murió á los nueve días con un tumor lumbar que, incindido, sangró abundantemente. Viven dos hijos sanos; no es alcohólico. Su vida ha sido de trabajo excesivo, de exposición á la intemperie, de desorden en las comidas. Como hábito vicioso señala el abuso del café.

Desde hace años experimenta mal gusto de boca por las mañanas, con expulsión de aguas y flemas amargas; ligero color subictérico á temporadas; sensación de opresión después de las comidas. Desde hace tres ó cuatro años, mareos al levantarse de la cama; dolores paroxísticos como de pinchazos en muslos y piernas. Desde hace tres semanas, torpeza de oído y dificultad para hablar.

Estado actual (4 marzo). Buen estado de nutrición, rubicundez de la cara, expresión afona, apagada. Primer tono mitral algo prolongado y borrado; segundo aórtico apagado, contrastando con la rudeza y sequedad del primero. Micción imperiosa y á veces difícil. No hay incoordinación motora ni signo de Romberg; torpeza en las manos al hacer movimientos finos, pero sin que haya verdadera ataxia ni temblor, igual con los ojos abiertos que cerrados; abolidos los reflejos rotuliano, de Aquiles, tendinosos de los miembros superiores y el masetérico; el reflejo plantar exagerado en flexión plantar; el cremasteriano y abdominales, normales; dolores pungitivos por crisis en las extremidades inferiores. Considerable hipoacusia; no oye el tic-tac del reloj ni por transmisión aérea ni ósea. Pupilas irregulares de contorno poligonal; rigidez pupilar refleja completa á la derecha y casi completa á la izquierda; reacción pupilar á la acomodación; Argill Robertson completo á la derecha é incompleto á la izquierda; fenómeno de Westphel-Piltz en ambos lados. Fondo del ojo, normal. Amnesia. Disartria muy acentuada; la palabra es lenta, temblona y confusa; hay omi-

sión de algunas sílabas. En la lengua, ligero temblor irregular; no hay atrofia. Sueño escaso é intranquilo.

El fenómeno que más llama la atención en este enfermo es la disartria; se presenta en las parálisis pseudobulbares, bulbares, parálisis general, enfermedad de Friedreich y en la esclerosis en placas; pero en las parálisis pseudobulbares hay ictus y trastornos motores de los miembros, que aquí faltan, y la bulbar forma en general parte del cuadro de la esclerosis lateral amiotrófica; este enfermo no tiene incoordinación, carácter fundamental de la enfermedad de Friedreich; en la esclerosis en placas está exaltado el reflejo rotuliano y aquí abolido; se queda, pues, con la parálisis general, que tampoco le satisface por la normalidad del estado mental del enfermo.

La abolición del reflejo rotuliano, unida á los dolores lancinantes, hacen pensar en la tabes dorsal, aun cuando el enfermo no presenta incoordinación motora; pero la ataxia no es indispensable en la tabes, y no es síntoma precoz. La clave para el diagnóstico en los casos dudosos de tabes está en los reflejos pupilares. La rigidez pupilar refleja, síntoma de gran importancia en la tabes, existe en este enfermo, pero no es exclusivo de ella; también tiene gran valor en la parálisis general. Fuera de estas dos enfermedades, el Argill-Robertson es excepcional, siendo el más seguro indicio de la metasífilis de los centros nerviosos. Existiendo el Robertson en este enfermo, el diagnóstico se limita á la tabes y parálisis general. Cita la opinión de Dupuy Dutemps de que la irregularidad pupilar, tan frecuente en la parálisis general y tabes, sea debida á una atrofia parcelaria del iris, que da lugar á la *conservación* de curvas de diverso radio en el borde pupilar, siendo las curvas tanto más abiertas cuanto más pronunciada es la atrofia.

Esta atrofia parcial, lo mismo que los trastornos motores concomitantes, no pueden explicarse por la lesión nuclear ó troncular del óculomotor ni simpático, y como tampoco es verosímil la lesión primitiva de las fibras musculares del iris, la única hipótesis admisible es que sean debidas á alteraciones del ganglio oftálmico, que según Marion es el centro ó al menos estación de empalme de los centros reflejos pupilares, y por lo tanto, según Dupuy, las parálisis del iris en la tabes y parálisis general serían de origen periférico.

El signo de Robertson descarta todos los diagnósticos que no sean tabes ó parálisis general.

Faltan los síntomas más aparatosos de las dos enfermedades: la incoordinación en la tabes y los trastornos mentales en la parálisis. Sin embargo, en este punto una observación minuciosa es favorable á la parálisis general, porque la incoordinación motora no se encuentra, mientras que hay disminución de la memoria y embotamiento de las sensaciones afectivas.

Los síntomas *comunes* que presenta este enfermo, de las dos enfermedades, son los trastornos pupilares y del aparato urinario: síntomas de *tabes*, abolición de reflejos tendinosos y dolores fulgurantes; síntomas de *parálisis general*, disartria y debilidad de la memoria. Opina que se trata de un caso mixto, pero que la parálisis es la que evolucionará por completo.

La asociación de estas dos enfermedades es un hecho conocido de antiguo y sancionado por la clínica.

El diagnóstico de tabes ó parálisis general envuelve la presunción de infección sifilítica previa; en el caso presente, aunque el enfermo la niega y no se encuentran estigmas, los ocho abortos de su mujer y la muerte del hijo recién nacido son indicios de gran valor. Considerando como probable el antecedente de infección sifilítica, puede calificarse este caso de metasífilis de los centros nerviosos, predominando los síntomas de parálisis sobre los de tabes por la tara hereditaria en el cerebro del enfermo, que hace que sea más susceptible que la médula.

El pronóstico es grave, y el tratamiento será sintomático é higiénico, pues el específico no suele dar resultado.

El Dr. *Arredondo* juzga muy interesante el caso, porque pone á discusión el hibridismo tabo-parálisis y su naturaleza más ó menos ligada á la sífilis.

Discrepa del Dr. Fernández Sanz en algunos puntos. Cree que los síntomas que presenta pertenecen más á la tabes que á la parálisis general. La falta del reflejo rotuliano, los dolores fulgurantes y los trastornos de micción son más propios de la tabes. Por otra parte, el síntoma que más hace pensar á Fernández Sanz en la parálisis general es el trastorno de la palabra, y Arredondo cree que aun este mismo síntoma puede ser considerado tabético, como otros síntomas bulbares, tales como la oftalmoplegia, y cuyo valor y patogenia son los mismos.

Este enfermo apenas tiene fenómenos motores, y, como se sabe, en la parálisis general son más frecuentes que en la tabes. La abolición de reflejos que presenta este enfermo es sumamente rara en la parálisis general; en cuanto á la ausencia del signo de Romberg, nada dice, puesto que es un síntoma que no es precoz en la tabes, y por otra parte, él conoce dos casos de tabes sin signo de Romberg.

Arredondo cree que este enfermo llegará á ser un paralítico general, pero en el momento actual está más en período medular que cerebral.

El Dr. *Gayarre* dice que el caso expuesto por el Dr. Fernández Sanz es un caso vulgar de tabo-parálisis. En la exposición del caso no ha dicho el exponente si se presentaba el signo de Biernacki, que consiste en la ausencia de la contracción de los músculos del antebrazo cuando se percute el cubital en la corredera del olécranon. Tampoco nos ha dicho cómo ha hallado la porción temporal de la retina, dato muy interesante en estos casos y que debe referirse, aunque sea negativo.

El Dr. Fernández Sanz: La disartria del enfermo no es tipo nuclear, pues falta la amiotrofia. En cuanto á los síntomas que echa de menos el Dr. Gayarre, he aludido á ellos implícitamente en la exposición del caso, pues al decir que el fondo del ojo estaba normal, quedaban excluídas las lesiones de la porción temporal de la retina, y al decir que no había trastornos sensitivos, se eliminaban los signos de Biernacki y Petcherew. La punción lumbar no se ha hecho aún por no prestarse á ello el enfermo.

PERIÓDICOS

Tratamiento eficaz de la pústula maligna por el nitrato ácido de mercurio y la quinina. — En la *Gaceta Médica*, de Granada, publica D. Miguel R. Matas y M. Galinsoga, de Alcalá la Real (Jaén), la siguiente opinión:

«Aplicando el nitrato ácido de mercurio, bien puro, bien á partes iguales con agua, según la gravedad del caso, á fin de cauterizar la pústula, y administrando un gramo ó 1'50 en veinticuatro horas de sulfato de quinina, se han curado los enfermos de carbuncosis, cuyo edema, infiltración y rubefacción eran imponentes, y dicho se está que el estado general era muy malo, pésimo.

Un solo caso ví en que el dicho tratamiento fracasara; mas cuando fuí llamado por primera vez, la infeliz mujer había entrado en el período agónico, y claro está que en este período fracasan todos los tratamientos.

Debo advertir que, para mayor confianza, siempre he practicado la incisión crucial, antes de depositar el nitrato ácido de mercurio.

El método menos cruento y más eficaz es el del Dr. Pascual de Sande. Ya hablé de ello, y estoy bien convencido que le corresponde la gloria y la prioridad del tratamiento de la pústula maligna por el método que lleva su nombre.

No he visto ningún caso de la enfermedad sin pústula maligna, ni éstas presentarse ya cuando están considerablemente disminuídas las defensas orgánicas; mas si alguno tuviera que tratar, seguramente emplearé el método del ilustrado compañero de Miguelturra, Casio Clemente, el cual me parece muy lógico y por ende muy acertado, teniendo presente las acciones antisépticas, tónicas y *específicas* que el fenol encierra, demostradas no sólo por las soluciones fenicadas en los diversos tratamientos quirúrgicos, sino también en todos los preparados que lo contienen y se administran al interior».

La maretina, un nuevo antipirético. — En los *Archivos de Ginecopatía, Obstetricia y Pediatría*, de Barcelona, publica el Dr. D. Francisco Carbonell, lo siguiente respecto de este medicamento:

«La maretina, que ha introducido recientemente Bayer, es uno de los antipiréticos que se nos ofrece con indicación preferente en la tuberculosis; y tanto por las indicaciones intrínsecas que reune este medicamento, como por la naturaleza del proceso tuberculoso, cuyo curso suele ser fatal cuando se acompaña de temperaturas altas, parece que ha de llegar, en efecto, á constituir el lenitivo más potente de que sea posible echar mano en tales casos.

Es á menudo imposible en las bronconeumonías tuberculosas agudas evitar que los recargos rayen casi á 40° C. todas las noches; pues si alguna vez el estado general del paciente permite el empleo, v. gr., de la aspirina, no es constante el efecto que ésta alcanza, antes bien contrasta la acción sedante y antipirética que algunas veces proporciona sin inconvenien-

te, con algunos otros casos en que no determina ningún alivio, ó contribuye á deprimir las energías del paciente á pesar de su perfecto funcionalismo renal y consiguientemente de la rápida eliminación del medicamento. De resultado incierto son asimismo la creosota y sus derivados, y su empleo, además, aumenta la probabilidad de que sobrevengan hemorragias graves. Los compuestos de vanadio, al igual que el cinamato de sosa, suelen también fracasar tanto en concepto de antihécticos como en calidad de antipiréticos indirectos. Y en fin, los medicamentos directamente antipiréticos ofrecen en la tuberculosis febril, de localización pulmonar ó en otros órganos, inconvenientes de monta que se originan de los efectos colaterales que aquéllos presentan ora sobre el aparato digestivo, ora sobre el corazón ó los centros nerviosos, que imposibilitan pronto de continuarlos aun en los casos más favorables en que inicialmente hayan surtido buen resultado.

La maretina, pues, es el medicamento que aspira á ser el *de elección* para combatir la fiebre de los tuberculosos, y á juzgar por los primeros ensayos que hasta el presente se han efectuado, es probable que lo logre.

Químicamente, la maretina es un carbaminato de su tolilhidrácido, una acetanilida metílica en la cual el grupo acético está sustituído por el NH. NH. $CONH_2$. La estabilidad de este último grupo es tanta que no se desdobla con separación de la anilina, y en consecuencia carece el producto de toxicidad propia.

Sus propiedades físicas son las siguientes: polvo cristalino blanco, brillante, insípido, soluble en agua al 1 por 1.000 á 17°, en el alcohol al 1 por 100, casi insoluble en el éter y en el cloroformo y la acetona, entra en fusión de 183 á 184° y á más alta temperatura se descompone desprendiendo amoníaco, y su solución acuosa calentada ligeramente reduce el nitrato argéntico.

Sus efectos fisiológicos en los animales son negativos por lo que respecta á la circulación, la respiración y la nutrición, y aun las dosis de 1 gramo no determinan fenómenos tóxicos.

En el hombre tampoco ocasiona influjo especial sobre el estómago, cuya secreción se mantiene normal, lo propio que el funcionalismo cardíaco y de los órganos respiratorios. La eliminación de la maretina se efectúa por la orina, en donde aparece á la media hora de ser ingerida, sin que cese de encontrarse durante una semana. Esa lenta eliminación del medicamento explica que el efecto antipirético, que ya suele manifestarse á los tres cuartos de horas de ser tomado, persistá durante quince y hasta veinticuatro horas, pasadas las cuales la temperatura reasciende. Las dosis fuertes determinan la presentación de una coloración amarilla de la orina, la cual reduce el licor de Fehling.

La manera de emplear la maretina en los tuberculosos, según Walther Kaupe, es la siguiente: se administra tres ó cuatro horas antes de iniciarse el recargo, y si bien la dosis de 0'25 gramos (Barjansky y Reinchard) es ya eficaz en los recargos ligeros, la de 0'50 gramos es la que ofrece más garantía de éxito, debiendo ser la elegida siempre que los recargos oscilen entre 38 y 40° (Reinhard), y si es preciso, en algún caso, se repite la dosis de medio gramo á las cuatro ó cinco horas después de la primera. No obstan

te, el mismo Walther Kaupe hace observar que el efecto de esas dos dosis de maretina es extraordinario, puesto que hay enfermo que en vez de llegar á 39 ó 40°, queda subfebril y hasta á temperatura inferior á la normal.

Así, pues, lo prudente es comenzar por la dosis de un cuarto de gramo, y aun en algún caso menos todavía, y, por tanto, según el resultado, aumentarlas.

El efecto es rápido en comenzar, siempre antes de una hora aparece el sudor acompañado de sensación de bienestar. El paciente lentamente, en el espacio de tres á cinco horas, se siente refrigerado, los latidos de las sienes cesan, y el apetito se manifiesta como en las mejores horas de la normal remisión de la fiebre. El único efecto colateral, ó que lo parece, pues en rigor es substancial, es la sudación que determina: no aparece ningún fenómeno nervioso, ni eritema, ni es presumible que pueda manifestarse otro efecto desagradable que la depresión cardíaca, caso de estar ya el enfermo muy abatido y ser la dosis algún tanto crecida relativamente á su estado. De ahí que se recomiende preferentemente la maretina en los primeros períodos de la tisis y de la tuberculosis peritoneal, urogenital, etc.

La forma farmacológica preferible son los papeles, puesto que en clínica hemos de tener la maretina por insoluble». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 20 de Marzo de 1906.

Mortalidad por tuberculosis en Francia y en Alemania. — El Dr. LANDOUZY: He estudiado la tuberculosis en dos grupos profesionales parisienses, sometidos á la acción de los polvos; por una parte los carpinteros, entarimadores y embaladores, y por otra los lavanderos y las lavanderas. En el primer grupo la morbilidad por tuberculosis es de 30 por 100, mientras que se eleva al 50 por 100 en el segundo grupo; al propio tiempo la mortalidad tuberculosa de los lavanderos es cinco veces mayor que la de los obreros que trabajan en la madera.

El Dr. CHAUFFARD: En el voto que vamos á dar, si queremos afirmar la verdad médica, es necesario seguir la vía indicada por los Dres. Grancher y Landouzy y votar la declaración obligatoria de la tuberculosis. Pero si la Academia retrocede ante las consecuencias prácticas de este voto en las condiciones actuales, podría adoptar la siguiente fórmula más atenuada: declaración y desinfección obligatorias después de toda defunción por tuberculosis. El Dr. Monod ha hecho objeciones á esta solución fundándose

en la ley sobre la salud pública. Pero si la ley no es buena, no hay como cambiarla, adaptándola á las verdades científicas y á las necesidades higiénicas. Yo no dudo que lo veré preocuparse en combatir las tres plagas modernas: tuberculosis, alcoholismo y enfermedades venéreas. En cuanto á la proposición del Dr. Vallin, de limitar la declaración y desinfección obligatorias sólo á los casos en que hay peligro para lo que rodea al enfermo, sería de difícil aplicación y podría exponer al médico á ser demandado judicialmente por parte de las familias.

El Dr. Lanzereaux: Me es imposible participar de la opinión del doctor Landouzy y votar con él la declaración obligatoria de la tuberculosis, cuando bastan simples medidas de limpieza y de precauciones higiénicas para evitar esta enfermedad que, por lo demás, no se desarrolla más que en un terreno predispuesto. Juzgándolo de este modo, el contagio de la tuberculosis no debe motivar la secuestración de los tuberculosos, y nosotros debemos evitar una medida que, por sí sola, llevaría la amargura á su corazón y la desesperación en su espíritu. Por lo demás, yo no veo la necesidad de la declaración obligatoria de esta enfermedad, pero participo de la opinión de que nos queda todavía que hacer mucho con respecto á ella. Completamente convencido de que la transmisión de la tuberculosis sólo es posible cuando se trata de un individuo predispuesto ó, mejor aún, desnutrido de cualquier modo, creo que corresponde á nuestros deberes solicitar de los poderes públicos que se opongan, en la medida de lo posible, á las condiciones que predisponen con más predilección á la enfermedad: 1.°, distribuyendo por todas partes aire y luz é instruyendo á las poblaciones acerca de la necesidad de la limpieza y de una higiene conveniente; y 2.°, tomando las medidas apropiadas para disminuir y mejor aún, en lo que fuera posible, suprimir el alcoholismo. Tales son las medidas profilácticas más apropiadas para triunfar del padecimiento en cuestión. Tampoco debemos descuidar los medios curativos, y el que colocamos en primer lugar es la creación de sanatorios, no en los alrededores de París ni en el borde del mar, sino en sitios elevados y resguardados, en la Saboya ó en Suiza, á una altura de 1.400 á 1.800 metros, en medio del frío, de ese grande estimulante de la nutrición, y de la nieve, que reflejando los rayos del sol, colocan al desgraciado tuberculoso en un baño de aire y de luz casi constante.

Profilaxis de las enfermedades contagiosas en los balnearios. — El doctor Rause: He de hacer observar que el peligro de la propagación de las enfermedades contagiosas (sarampión, escarlatina, difteria, viruela, coqueluche, etc.), es mucho menor en las poblaciones rurales, en que los habitantes están más ó menos diseminados, que en los balnearios, donde en el centro de la temporada es tan densa que constituye en ciertos hoteles y en ciertas casas un verdadero conflicto. La vida en común, la receptividad manifiesta de personas que ya están enfermas, más ó menos debilitadas ó deprimidas, son también circunstancias abonadas para favorecer la transmisión y propagación de la enfermedad. Por otra parte, si esta transmisión no puede prevenirse y si se conoce la amenaza de una epidemia, se puede desarrollar un pánico que deje vacíos los hoteles y todo el balneario, lesionando de este modo gravemente intereses que merecen tenerse en cuenta. Para servir de salvaguardia á estos diversos intereses, el médico debe á la

vez colocar al enfermo en las mejores condiciones para una evolución regular y favorable de la enfermedad, tomar todas las medidas necesarias para prevenir los casos de contagio, y calmar las aprensiones ajenas, que, aumentando el peligro, pueden sembrar el pánico. A falta de un pabellón de aislamiento especialmente reservado á las enfermedades contagiosas, se puede transportar el enfermo á una casa que llene las condiciones apetecibles para el aislamiento y la desinfección. Pero en otras ocasiones el médico se ve obligado á guardar al enfermo en el mismo hotel, donde las medidas profilácticas, por esfuerzos que se hagan, y las precauciones que se tomen, son con frecuencia insuficientes. Para asegurar, pues, la profilaxis que nos ocupa, es necesario: 1.°, dar al médico y al alcalde los poderes necesarios; y 2.°, tener en disposición un local apropiado, en donde el aislamiento y la desinfección puedan aplicarse con todo rigor, y por lo tanto, con toda su eficacia.

Estudio anatómico é histológico acerca de la sordomudez. — Los doctores A. Castex y L. Marchand: En los tres casos que hemos observado, la patogenia de la sordera inicial parece ser la siguiente: meningitis antiguas curadas, pero habiendo dejado en pos de sí la atrofia, unas veces de la neurona terminal de la vía auditiva, como en el primer caso, y otras, las protoneuronas periféricas auditivas, como en los otros dos casos. Los tres explican esa particularidad singular y frecuente de una meningitis que destruye toda la función auditiva sin tocar los otros sentidos y dejando un ser completo, excepto el oído; y es que todo se interesa en las neuronas auditivas por una especie de predilección. Según Flechsig, el nervio auditivo es el último en mielinizarse, lo cual sea tal vez la razón anatómica para que las meningitis determinen á menudo la lesión de los centros tróficos periféricos de los nervios auditivos. En conclusión, podemos decir: 1.° Los tres casos de sordomudez eran manifiestamente debidos á meningitis antiguas que habían provocado la atrofia de las neuronas auditivas. 2.° El gran número de sorderas congénitas hace pensar que existen reacciones inflamatorias meníngeas en la vida intrauterina, debidas sin duda á la presencia de toxinas en la sangre de la madre. Y 3.° La importancia de la meningitis en la etiología de la sordomudez, está confirmada por la anatomía patológica y por la clínica.

Modificaciones químicas de la leche de mujer bajo la influencia del extracto de las semillas del algodonero. — E Dr. Barlerin: En las mujeres cuya leche era pobre é insuficiente, he obtenido rápidamente con este producto un aumento notable de los elementos nutritivos de la leche (manteca y caseína), aumento demostrado por el análisis. He aquí, pues, un medio práctico é inofensivo de hacer á la vez más abundante y mejor la leche de la madre, y por consecuencia, de favorecer la lactancia materna.

(*Bull. Méd.*, núm. 22, 1906).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 21 de Marzo de 1906.

Perisigmoiditis.—El Dr. *Lejars* cree que conviene reservar este nombre á las inflamaciones perisigmoideas producidas por una infección de origen intestinal: en el caso referido por el Dr. Michaux se trataba de una supuración de origen ovárico que se infiltró por detrás de la S ilíaca y no debe incluirse entre las perisigmoiditis.

Conviene distinguir — y esta distinción no es fácil siempre de hacer en clínica — en el grupo de las inflamaciones desarrolladas en la región del asa sigmoidea, las del asa misma (sigmoiditis) y las del tejido celular perisigmoidal (perisigmoiditis). La distinción que debe hacerse es idéntica á la que se hace entre la tiflitis y la peritiflitis: los procesos morbosos son, por otra parte, idénticos, tanto desde el punto de vista de su origen, como de su evolución, para la S ilíaca y para el recto; lo único que difiere es el sitio de las lesiones.

El Dr. Lejars refirió un caso típico de perisigmoiditis que le había comunicado hace varios años un colega de provincias. La enferma, una mujer joven; á consecuencia de un embarazo penoso y de un parto distócico, tuvo en el décimo día del puerperio una elevación brusca de temperatura, 40° C. y más, y dolor fuerte en la fosa ilíaca derecha; estreñimiento rebelde; los loquios eran normales y la exploración del útero no permitía creer que se trataba de una infección de origen uterino. Al palpar la fosa ilíaca se notaba una tumefacción dolorosa que correspondía al trayecto de la S ilíaca. El médico, sin hacer el diagnóstico, se limitó á tener la enferma en observación.

Los accidentes persistieron diez días, después mejoraron, volvieron á exacebarse y desaparecieron al fin definitivamente. El Dr. Lejars, que no se había decidido á publicar esta observación por ignorar el diagnóstico, cree, en vista de los casos referidos en estas últimas sesiones, que se trataba de una sigmoiditis desarrollada durante el puerperio.

Cuanto á las perisigmoiditis, pueden ser consecutivas á la sigmoiditis ó sobrevenir de una manera lenta é insidiosa. En el primer caso, la perisigmoiditis sigue una marcha aguda y termina por resolución ó supuración. Las formas crónicas tienen más interés para el cirujano, sobre todo las que tardan meses y años en desarrollarse y pueden confundirse con una neoplasia intestinal, como en el caso del Dr. Monod y en otro del Dr. Lejars.

Se trata de una señora que padecía desde mucho tiempo antes enterocolitis; se la diagnosticó de cáncer de la S ilíaca, diagnóstico que justificaba el aspecto caquéctico de la enferma, los dolores intestinales, la diarrea y la existencia en la fosa ilíaca de una masa dura, abolsada é irregular. Bajo la influencia del reposo, del régimen alimenticio adecuado y de irrigaciones intestinales, esta masa disminuyó poco á poco, las funciones del intestino se regularizaron y el estado general mejoró; á los tres meses esta mujer se hallaba completamente curada.

El Dr. *Tuffier* dijo que había observado dos casos de perisigmoiditis

aguda que exigieron la laparotomía. En el primero sólo había alrededor del asa sigmoidea una ligera induración inflamatoria; las franjas epiplóicas estaban también inflamadas; la laparotomía fué simplemente exploradora y el enfermo curó. En el segundo se trataba de una perisigmoiditis supurada, que el Dr. Tuffier incindió y desaguó. Curación sin complicaciones.

Ha observado también un hombre de cuarenta y cinco años con perisigmoiditis crónica que se revelaba por tumefacción de la fosa ilíaca izquierda y que tenía todos los caracteres de una neoplasia maligna. Se creyó conveniente renunciar á toda intervención por el estado caquéctico del enfermo, el cual curó á los pocos meses de vivir en el campo.

El Dr. *Loison* refirió un caso de perisigmoiditis aguda que recayó en un joven de veinte años, sin antecedentes intestinales, de fiebre tifoidea, etc. La afección principió por un dolor repentino en la fosa ilíaca izquierda, que fué acompañado de fiebre, saburra gástrica y estreñimiento; después se formó una tumefacción ilíaca, y al palpar en este sitio pudo apreciarse un infarto en forma de salchicha y doloroso, que se extendía desde el arco de Falopio hasta las costillas falsas. El Dr. Loison creyó se trataba de apendicitis con inversión del apéndice. Practicada la laparotomía, se descubrió un absceso voluminoso que rechazaba hacia dentro el intestino grueso. Esta parte del intestino era la S ilíaca y no el recto, y fué imposible encontrar rastros de apéndice. El absceso fué abierto y desaguado por delante y por detrás y el enfermo curó, aunque á los pocos días de la operación hizo deposiciones purulentas y sanguíneas y tuvo *phlegmatia alba dolens* del miembro inferior izquierdo.

El Dr. *Broca* cree que en estos casos de las llamadas perisigmoiditis supuradas se trata quizá con más frecuencia de lo que se cree de supuraciones de origen apendicular. No se necesita para ello invocar la inversión visceral; ¿no sabemos que las apendicitis con apéndice á la derecha pueden ir acompañadas de focos supurados á la izquierda? La flebitis del miembro inferior izquierdo es frecuente en la apendicitis.

El Dr. *Segond* dijo que había observado dos casos que pueden incluirse entre los anteriores.

1.° Un caso de pericolitis supurada en una joven á la que operó hace varios años; el absceso, muy pequeño, estaba localizado en la parte superior del colon ascendente; curación.

2.° En un hombre joven aún, en el que había diagnosticado neoplasia intestinal, encontró al operarle un foco purulento sigmoideo, que incindió. La curación fué interrumpida por una fístula estercorácea, que se curó espontáneamente, y por la producción de tumefacciones inflamatorias (?) sucesivas escalonadas á lo largo del intestino grueso. Estas tumefacciones desaparecieron de repente á beneficio del uso tópico de una pomada yodurada que aconsejó un médico en la creencia que eran de naturaleza actinomicósica.

Quistes hidatídicos hepáticos. — El Dr. *Delbet* dijo que era partidario de la reducción del quiste hidatídico después de la sutura sin desagüe, cuyo método, hayan dicho lo que quieran sus detractores, es el que produce mejores resultados. La reducción después de la sutura completa del quiste no

tiene más que un inconveniente, señalado por varios oradores: la repleción bastante frecuente (25 á 30 por 100 de los casos) del quiste, en los días que siguen á la operación, por serosidad mezclada con bilis más ó menos séptica. Pero esta repleción del quiste jamás ha producido el menor accidente: no se cita caso alguno de muerte consecutiva á la ruptura de la vesícula. Es, además, fácil de evitar practicando, como hace el Dr. Delbet, el capitonado del quiste, siempre que sea posible. La pequeña complicación, el ligero retraso en la curación debidos á la necesidad de incindir y desaguar uno de estos quistes distendidos después de la sutura, cuando es indispensable hacerlo, no pueden en modo alguno compararse con la formación de fístulas interminables consecutivas á la marsupialización.

(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 14 de Marzo de 1906.

Septicemia puerperal tratada con éxito por el suero antiestreptocócico del Instituto Pasteur. — El Dr. A. Bolognesi: Nos ha parecido interesante comunicar una observación de septicemia puerperal, en la cual hemos obtenido buenos resultados con las inyecciones, á altas dosis, de un suero antiestreptocócico. No se trata en esta ocasión del suero de Marmorek de 1896; el que nosotros hemos empleado está preparado por Roux en el Instituto Pasteur; le hemos inyectado á dosis elevadas: 40 cent. cúb. el primer día; 80 cent. cúb. en dos veces, el segundo y el tercer día de tratamiento, sin que observáramos ningún accidente á no ser un eritema escarlatiniforme, que apareció al cuarto y quinto día, y que tuvo una duración efímera. La observación se refiere á una primípara de veintiocho años, que desde el segundo día, después de un parto con forceps que había producido una rasgadura superficial del periné, fué invadida de septicemia puerperal de forma diftérica grave, forma pseudomembranosa casi siempre mortal, y que, con el empleo del suero indicado, ha curado rápidamente. Este suero parece obrar localmente sobre las membranas en forma análoga al suero antidiftérico. En dicha observación ha producido al parecer una recrudescencia de la fiebre en los primeros momentos, pero después la septicemia se ha detenido y la temperatura descendió rápidamente hasta la normal.

El Dr. Lutaud: Es realmente doloroso que en todos los ensayos con sueros nuevos, falte la contraprueba. En otras ocasiones he obtenido excelentes resultados tratando las infecciones puerperales con el suero de Cheron. Convendría, pues, en una clínica hospitalaria, tratar la mitad de los enfermos por este último suero ó el de Hayem, y la otra mitad por el suero nuevo.

El Dr. Le Gendre: Con esta sola observación se podría concluir que la infección puerperal, incluso la más grave, puede curar con muchos tratamientos. Sabemos que se ha abandonado el suero de Marmorek; hemos visto á Bourey renunciar á su empleo después de un período de satisfacto-

rios resultados. Si la fórmula del suero del Instituto Pasteur es motivo hoy para emprender de nuevo la cuestión, la fabricación de un suero de este género está, por lo demás, al alcance de todo laboratorio de bacteriología.—(*Bull. Méd.*, núm. 24, 1906).—CODINA CASTELLVÍ.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 10 de Abril de 1906.

Bocio endémico en los valles de Chitral y de Gilgit.—El Dr. *R. Mc Carrison* leyó sobre este asunto un trabajo basado en tres años de observación, en las regiones septentrionales de la India. Deduce de sus estudios las conclusiones siguientes: El agua del río Gilgit sirve de vehículo y contribuye á propagar la enfermedad. En su nacimiento puede producir el 11'8 por 100 de bocios. En su desembocadura, después de haber atravesado siete aldeas, la proporción es de 45'6 por 100. Es indudable, por lo tanto, que entre su nacimiento y su desembocadura debe agregarse al agua del río algún elemento nocivo, sean substancias inorgánicas ó microorganismos. El caso de Nagar sólo puede explicarse por esta última hipótesis, que admite la difusión del bocio en forma epidémica típica. La hipótesis es corroborada, además, por la gran proporción de niños de menos de un año del valle de Chitral, que padecen bocio, y por el aumento de la enfermedad desde las fuentes á la desembocadura del Gilgit.

El Dr. *J. Berry* dijo que lo indicado por el Dr. Mc Carrison, concuerda con las observaciones hechas en Europa por otros autores; las comarcas donde reina el bocio son montañosas y contienen, en su formación geológica, grandes masas de piedras calizas. El Dr. Mc Lelland, por ejemplo, ha observado que el 50 por 100 de las personas que viven en ciertas comarcas de la India, cuyo terreno es calizo, padecen bocio, mientras que en aquellas otras comarcas cuyo suelo no es calizo sólo padecen esta enfermedad el 1 y hasta el $^1/_2$ por 100. Los movimientos de los glaciares pueden conducir á conclusiones fundadas en lo que se refiere á los factores geológicos que originan el bocio. Respecto al componente esencial del agua que produce el bocio, nada en concreto puede afirmarse, porque se ignora si es la cal, la magnesia, el hierro ó alguna otra substancia en disolución, ó más probablemente algo en suspensión. El número mayor de casos ocurre en las comarcas surcadas por aguas corrientes y en las campiñas. Es probable que el veneno esté, no en disolución, sino en suspensión, por cuyo motivo no existe siempre y no puede ser descubierto por el análisis químico. Se cree, en general, que el agua procedente de los glaciares y de la nieve produce el bocio, pero sólo cuando aparece turbia debajo del glaciar ó de la capa de nieve. El factor responsable es probablemente la substancia mineral suspendida en el agua.

El Dr. *L. Stevenson* manifestó que indudablemente el veneno existe en el agua. El agua de lluvia jamás se sabe que haya producido el bocio, y un bocio reciente suele desaparecer si el enfermo no bebe más agua que la de

lluvia. No se ha demostrado de un modo fehaciente que la supresión de los bacilos evite la aparición del bocio; pero la filtración del agua disminuye el peligro, y la ebullición le hace nula. El carácter epidémico de la enfermedad, su existencia en las aldeas y después de beber agua corriente, son hechos favorables á esta teoría. De ser exacta la teoría de las piritas de hierro, el bocio predominaría en ciertas comarcas en las que existen rocas que contienen dichas piritas.

El Dr. *Hugo*, ocupándose de sus experiencias en Nepaul, dijo que en esta región predomina el bocio en las clases proletarias y en los animales domésticos. Las personas acomodadas no beben, como los pobres, aguas corrientes. En éstas no se descubre sedimento alguno. En una comarca montañosa el bocio predomina durante la estación de las lluvias, cuando se bebe agua corriente turbia. En la India Central el bocio es rarísimo. Si fuera debido á un microorganismo, es de creer que siguiera otra marcha. Es más probable que sea debido á alguna substancia suspendida en el agua. En las comarcas donde reina el bocio, el agua suele contener en suspensión mica.

El Dr. *W. W. Claridge* indicó que en Mampon, país de los Ashantis, donde predomina el bocio, se encuentran colinas y rocas calizas. Aunque existen piedras ferruginosas, son mucho menos abundantes que en otras comarcas, donde el bocio es desconocido. Jamás se ha observado esta enfermedad en las personas que beben agua de lluvia.

(*The British Méd. Journal*) —F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 28 de Febrero de 1906.

Alimentación excesiva en el niño.—El Dr. O. Hauser: Así como se ha progresado mucho en la alimentación del niño de pecho en estos últimos años, por lo menos entre la clase acomodada, de suerte que ya es raro observar ataques graves de cólera infantil y de afecciones análogas, en cambio no es nada raro aun hoy en día ver niños, y precisamente de familias pudientes, en los que no cabe la menor duda de que se les viene alimentando con exceso. En muchos casos ya comienza dicha alimentación excesiva en el mismo claustro materno; en efecto, vienen al mundo algunos niños verdaderamente gigantes, que por su mismo volumen excesivo nacen con dificultad y cuyo desarrollo ulterior no corresponde á lo que pudiera creerse, dados tales antecedentes. Que esta obesidad de origen intrauterino no es muy de desear, lo demuestra la experiencia recogida acerca de este particular por los que se dedican á criar ganado.

El anhelo de todas las madres es, aun hoy en día, que sus niños engorden todo lo posible, y de aquí que sigan considerando á la báscula como el único criterio á que hay que atenerse para juzgar del estado de salud de sus hijos. Para calcular el grado de dilución á que se debe poner la leche en los primeros meses, no se tiene suficientemente en cuenta la proporción de manteca que tiene dicha leche, proporción que varía muchísimo según las

distintas procedencias; más tarde se da la preferencia á aquellos alimentos que, como la manteca selecta, el chocolate, los dulces, los alimentos de preparación artificial y demás manjares análogos, son muy substanciosos y nutritivos y no contienen material inútil; no es de extrañar que con este sistema sobrevengan trastornos digestivos y que los niños pierdan el apetito, y hasta que se dé el caso de que estas pobres criaturas no aprendan á conocer la sensación del hambre.

En la edad de la lactancia se observa que el niño que hasta entonces se venía desarrollando bien, comienza de pronto á impacientarse, á beber mal y á gritar; además se presenta astricción de vientre. Creyendo que el alimento es demasiado ligero, se le da más concentrado, pero lo que sucede con esto es que el niño lo asimila cada día peor y que el aumento de peso que hasta entonces iba siguiendo un curso regular empieza á detenerse. Si en estas circunstancia se le da al niño un alimento menos rico en grasa, mejora en muy poco tiempo el estado de la criatura.

La proporción de grasa que entra en los alimentos no deja de tener su importancia en los casos de la llamada diátesis exudativa (urticaria, strophulus, erupciones húmedas). Enseña también la experiencia que los niños que además de raquíticos son obesos, aprenden más tarde á andar y tienen las piernas más torcidas que los que se alimentan de un modo normal.

Sabemos, por lo observado en el adulto, que la obesidad general perjudica al corazón. La alimentación excesiva exige de parte del intestino un trabajo que no se halla en condiciones de realizar; de aquí el quebranto y por último la cesación completa de las funciones intestinales, creándose con esto un estado que puede acarrear consecuencias muy graves y que debe ser evitado á toda costa.

De todo lo expuesto se deduce que en la elección del alimento que hay que dar al niño, se debe atender más de lo que se viene haciendo á su valor en calorías y á la constitución individual de los niños.

El Dr. *Langstein* recuerda con este motivo un trabajo que acerca de este asunto ha publicado Czerny. La alimentación excesiva se observa también en los niños que acuden á la policlínica y que pertenecen á las clases más pobres de la sociedad. Entre esas gentes es muy común dar el alimento demasiado á menudo. A diferencia de lo que sucede en Breslavia, donde es muy frecuente la alimentación excesiva con hidratos de carbono, en Berlín lo es en cambio el abuso de la leche ó sea de las substancias grasas.

El Dr. *Hauser* hace observar que semejante diferencia no tiene ninguna importancia clínica.

Clima y organización sanitaria de Egipto.—El Dr. *Hirschberg* encomia la pureza del aire y la uniformidad de la temperatura, que él ha tenido ocasión de observar con el termómetro en su viaje por el Nilo. La gran sequedad del aire hace que el ambiente sea aun más agradable; no se suda ni tampoco se siente sed. Los peligros á que expone la ingestión del agua del Nilo ya eran conocidos en la antigüedad, y por esta razón se sometía dicha agua á la ebullición ó se la filtraba. Con la decadencia del país fueron cayendo en olvido estos preceptos cada vez más, lo cual prueba que los antiguos habitantes de esta comarca tenían un grado de cultura mucho más elevado que los actuales.

Los primeros datos relativos á las afecciones oculares, que en Egipto son ciertamente muy frecuentes, se remontan al año 1350. Hay que distinguir el tracoma de la conjuntivitis purulenta aguda que en parte quizá es de origen blenorrágico. La forma aguda sólo se observa en mayor escala en la época de la crecida del Nilo, en la que los viajeros han abandonado el país. Para precaverse del contagio, sólo se debe usar agua hervida, lo mismo para limpiar la palangana que para lavarse, y si es preciso se usa para los ojos una disolución zíncica muy ligera. La experiencia enseña que el peligro de contagio no es muy grande para los europeos y que en realidad casi nunca se observan casos de este percance.

El Dr. *Simons* atribuye la difusión relativamente grande de la tuberculosis en el Cairo, á las deplorables condiciones higiénicas de esta capital. Por lo demás, el clima de la misma es, como el de todo el alto Egipto, de excelentes condiciones para la tisis incipiente, por más que, como ya se comprende, el Cairo, como cualquier otra residencia curativa, no presta iguales servicios en todos los casos. Los enfermos del riñón y los reumáticos que quieran sacar un beneficio duradero deben permanecer en Egipto dos inviernos y un verano; esta última estación la pueden pasar en la costa. No hay que temer demasiado á los vientos del desierto, sobre todo si se tiene en cuenta que sólo soplan en las estaciones intermedias, que duran muy poco. De todos modos no se debe abandonar Egipto antes de mediados de mayo, época en la que se volverá al país natal por la vía marítima.

Los enfermos leves y las personas sanas que por las circunstancias de andar viajando á cada paso se ponen más en contacto con la población, harán bien en vacunarse antes de emprender el viaje.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. del Valle.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 2 de Marzo de 1906.

Parálisis del deltoides curada uniendo este músculo al trapecio.—El Dr. Roberto Gersuny: Cuando en una operación de la cara se separa una porción de un músculo y se vuelve á unir después bien al mismo músculo ó á uno del lado opuesto inervado por el nervio facial, no queda paralizado dicho músculo. En vista de esto podía esperarse que uniendo dos porciones de dos músculos inervados por nervios diferentes, se lograra curar algunas parálisis.

Un hombre, de cuarenta años, contrajo una afección dolorosa del hombro derecho; sin hinchazón ni dolor en los movimientos pasivos, eran imposibles en cambio los activos. El estado del enfermo el 23 de febrero de 1905, era el siguiente: Cicatriz y prolapso del iris, en el ojo derecho. Normales los nervios craneales. El músculo deltoides derecho, muy atrofiado; los supra é infraespinosos, adelgazados; el brazo, más débil que el izquierdo. El hombro se eleva bien, pero el brazo sólo se puede elevar un poco (activamente) hacia atrás. Se conservan los movimientos de rotación hacia aden-

tro y hacia afuera y los demás movimientos del hombro. Hay hipoestesia é hipoalgesia en la piel que cubre las zonas anterior y media del deltoides. Abolida la excitabilidad de este músculo á la corriente farádica; aumentada, pero con contracción perezosa, á la galvánica.

El 6 de mayo del mismo año estaban abolidas la abducción y la rotación en el hombro derecho, muy atrofiados los músculos supra é infraespinosos, y sin modificación la sensibilidad y la reacción eléctrica.

Operación el 10 de junio. Con una incisión vertical que pasa por el centro del acromion, se descubren los músculos trapecio y deltoides. Se desinserta el trapecio del acromion y de la porción externa de la espina del omoplato. Se secciona la inserción del deltoides en este hueso. Elevado el brazo, se desliza el deltoides por debajo del trapecio y se une á éste por medio de sutura: los trocitos de hueso que acompañan al trapecio por haberse desprendido con éste cuando su desinserción, dan mayor firmeza á la sutura. Se cierra la herida cutánea y por medio de un vendaje se fija el brazo en abducción, formando ángulo recto con el tórax. A los quince días se levanta el vendaje, y se empieza á tratar el deltoides con la electricidad, pero hasta el mes de septiembre no se inicia una mejoría en la motilidad activa de dicho músculo. En esta época, se le obliga á hacer ejercicios gimnásticos y á fines de septiembre el enfermo ya puede elevar el brazo casi hasta la horizontal. A fines de noviembre la amplitud de los movimientos es la normal, pero aún les falta fuerza que ha ido en aumento de entonces acá. El sitio de la sutura muscular estaba todavía doloroso.

El 2 de febrero de esté año, el estado del enfermo es el siguiente: brazo derecho medio centímetro más delgado que el izquierdo. El deltoides un poco atrofiado, y el trapecio algo débil. El brazo se eleva como el izquierdo, pero con un poco menos de fuerza que éste. Las rotaciones hacia adentro y hacia afuera, normales. La fuerza de las manos, igual en ambos lados. La sensibilidad tactil y dolorosa, normales. El trapecio derecho un poco sensible á la presión, el plexo braquial, no. Excitando el nervio espinal con una corriente moderada galvánica ó farádica, sólo se contrae el trapecio. El trapecio derecho es tan excitable como el izquierdo á las corrientes galvánica y farádica. Excitando el nervio axilar derecho, no se contrae el deltoides. Este músculo se contrae mal con la excitación galvánica ó farádica directa; con la corriente enérgica la contracción es débil, nunca perezosa.

La exploración eléctrica demuestra que el nervio axilar no ha recobrado su conductibilidad, y que, por lo tanto, el deltoides es inervado por otro nervio; mas por otra parte, cuando se excita el nervio espinal sólo se contrae el trapecio, de tal suerte, que no obstante haber dado buen resultado la intervención quirúrgica, es el caso que no nos podemos explicar satisfactoriamente dicho resultado.

El Dr. *Lothario de Frankl-Hochwart* recuerda que hay casos en que un nervio no es excitable por la electricidad, y, sin embargo, conduce las incitaciones voluntarias. Acaso ocurra lo mismo en el caso actual con el nervio axilar.

Tuberculosis renal curada quirúrgicamente.—El Dr. *Odon Zukerkandl* presenta algunos casos de tuberculosis renal curada quirúrgicamente. Todo foco renal tuberculoso que se abre en la pelvis del riñón infecta rápida-

mente el ureter; se engruesan las paredes de este conducto, el tejido conjuntivo para-uretérico experimenta la transformación fibrograsosa, y en muchos casos el ureter se rodea de una capa adiposa muy gruesa. Se estrecha y á veces se borra el calibre del ureter, y se forman dilataciones por encima de las estrecheces. A menudo contrasta la importancia de la ureteritis con la poca extensión del foco tuberculoso del riñón. La ureteritis existe aun en casos en que no se afecta la vejiga, terminando en el límite fisiológico del ureter. Se manifiesta por dolores á lo largo de éste, ó por cólicos uretéricos típicos. La palpación abdominal, vaginal ó rectal, descubre el ureter como un cordón resistente, del grosor de un dedo y doloroso en el punto donde se cruza con el borde de la pelvis (punto de Israel). El cateterismo uretérico suele ser difícil y hasta imposible.

La ureteritis tuberculosa tiene importancia semeiológica, pues hay casos en que se puede diagnosticar antes que la lesión renal, sobre todo cuando coincide con ciertas alteraciones características de la vejiga.

La cistitis tuberculosa tiene poco de característico, al menos al principio, pero se distingue de las demás cistitis por localizarse en un sólo lado de la base de la vejiga. Este dato, asociado al de la ureteritis, son patognomónicos de la tuberculosis renal, hasta en casos en que faltan los bacilos en la orina.

Al operar se debe extirpar riñón y ureter; si se deja este último, exponemos al enfermo á la contingencia de una tuberculosis mortal y de una fístula uretérica, que impide la curación por primera intención.

El Dr. *Jorge Kapsamer* dice que en la clínica de Frisch se extirpa también el ureter enfermo juntamente con el riñón respectivo. El ureter tuberculoso provoca tenesmo vesical.

Bacteriuria. — El Dr. *Fernando Kornfeld* presenta un joven de veinticinco años que ha tenido blenorragia hace cuatro y medio. La orina se puso turbia y se vió entonces que la vejiga no podía contener medio litro. En estos últimos cuatro años fué tratado este enfermo con medios generales (urotropina y helmitol, 2 á 4 gramos diarios) y locales, pero sin resultado. El autor se encargó del enfermo el 10 de enero de este año, por habérselo remitido un médico para que le tratase la afección vesical, y á causa de la pérdida del apetito, del desarrollo y de la pereza de vientre que venía padeciendo en estos últimos años, presentando al mismo tiempo calofríos vespertinos y sensación de debilidad general. Establecido el diagnóstico de bacteriuria en vez del de cistopielitis que se había sentado por otros, se extrajo por medio de la sonda la orina remanente (700 cm^3) y, se procedió á practicar diriamente lavados amplios con una disolución de oxigenato hidrargírico (al 1 por 5.000). A los cinco lavados estaba transparente la orina y continúa así desde hace seis semanas. La orina remanente, que se redujo á 200 cm^3, y á los catorce días á 60, fué extraída después por el mismo paciente, primero todos los días, y después tres y dos veces por semana, hasta que ha desaparecido totalmente. Termina el orador presentando la orina del principio del tratamiento: es característica, como con nubes de polvo y ácida todavía á pesar de las nueve semanas transcurridas, lo cual se observa en los casos de bacteriuria. La orina que ahora expele el enfermo es completamente clara.

Cuerpo extraño intralaríngeo. — El Dr. *Hermann Marschik* presenta un muchacho de once años, en el que se logró, por vía endolaríngea, la extracción de una aguja que se había clavado en la glotis.

Embarazo extrauterino.—El Dr. *J. Fabricius* presenta preparaciones de 6 casos de embarazo extrauterino. En todos ellos había faltado la regla de seis á siete meses; después sobrevinieron dolores cólicos violentos, seguidos de hemorragias casi continuas, las cuales en uno de los casos (y esto no es infrecuente) motivaron un raspado. En estos casos se debe averiguar con exactitud si ha habido ó no un retraso en las reglas, y si se percibe por medio de la palpación un tumor tubario junto al útero. Hay que recordar, además, que un tumor bilateral de los anejos debe hacer pensar más bien en un hidro ó piosalpinx que en una preñez extrauterina.

En uno de los casos operados había en el lado derecho una trompa grávida, en el izquierdo un tumor de los anejos; el útero estaba empujado hacia arriba y detrás de él existía un hematocele como la cabeza de un feto. En un caso de hemorragia intra-abdominal se halló en el extremo uterino de la trompa una tumefacción como una cereza; la pared de la trompa se había desgarrado á nivel del tumor y por esta aberturita pendían algunas vellosidades coriales en la cavidad abdominal. Por aquí se había verificado la abundante hemorragia. La enferma salió curada á los dieciseis días.

Influencia de la temperatura en la duración del período de incubación. — El Dr. *W. Hausmann* refiere que en los experimentos que ha hecho con la colchicina ha observado gran analogía entre el modo de obrar de este medicamento y el de algunas toxinas. En vista de ello, trató de comprobar si el frío retarda el tiempo que tarda en obrar el medicamento, y si también con el frío dejan de ser sensibles á él animales que lo son con el calor. Los murciélagos, durante el sueño invernal, toleran 3 centígramos de colchicina, y en cambio los murciélagos despiertos sucumben con 1 miligramo, con diarrea y después de un período de incubación de unas cuarenta y ocho horas. Con la saponina y el tanino, que obran con lentitud, también se alarga mucho el período de incubación en los animales invernantes.

Estas diferencias no parecen ser debidas á la no absorción del veneno, por deficiencia en la circulación, puesto que Koenink ha demostrado que los animales invernantes mueren rápidamente bajo la acción de los alcaloides, y por otra parte, después de la inyección están casi siempre despiertos y calientes durante varias horas, siendo normal su circulación.

Sabido es que no en todos los venenos que producen toxinas se observa período de incubación. La mayor duración de este período, como consecuencia del frío, vemos que se observa también con otros cuerpos que no son toxinas. En algunos experimentos se trató de ver si los murciélagos invernantes forman antitoxinas. La sangre de un murciélago despierto produce una aglutinación bien manifiesta después de haberle inyectado tres veces bacilos tíficos muertos; tres murciélagos invernantes no tenían todavía ningún anticuerpo en la sangre diez días después de la última inyección. — (*Wiener Klinische Rundschau*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de algunas formas del llamado reumatismo.—En las diversas formas de fibrositis reumática, reumatismo muscular, lumbago y neuralgia reumática, dice el Dr. Luff, los salicilatos no ejercen la misma acción específica que en el reumatismo agudo. La aspirina sólo sirve para combatir el dolor en los casos graves. Es preferible al salicilato, porque no se descompone hasta que llega al intestino, y obra probablemente combatiendo la fermentación intestinal anormal. El mejor medicamento contra la fibrositis es el yoduro potásico, que obra probablemente corrigiendo la hiperplasia y la exudación serosa de los tejidos fibrosos. En la forma de neuralgia ó neuritis reumática, es preferible el arsénico. Si hay trastornos gastrointestinales, el tratamiento debe principiarse por una dosis de calomelanos.

Un tópico eficacísimo en este caso es una mezcla á partes iguales de hidrato de cloral, alcanfor y mentol, que se aplica sobre la zona afectada. El mentol puede suprimirse si la sensación de frío que produce es molesta para el enfermo. Puede emplearse tópicamente la tintura de yodo aplicando encima una cataplasma de harina de linaza ó un fomento caliente. El yodo se volatiliza; así es absorbido con más facilidad y ejerce su acción sedante. El salicilato de metilo y el mesotán son tópicos bastante útiles, pero este último tiene la desventaja de descomponerse y producir dermatosis dolorosas. Se emplea, mezclado á partes iguales, con aceite ó con vaselina, aplicándose la mezcla sobre la zona afectada, que debe dejarse al descubierto para evitar que se aumente en ella el sudor. El calor, los baños eléctricos y el amasamiento, son medios terapéuticos de gran utilidad en estos casos. La alimentación debe ser sana y conviene evitar la permanencia en las costas y en los climas húmedos.—(*Clinical Journal*).—F. Toledo.

Tratamiento de la meningitis epidémica.—En la epidemia de meningitis que ha habido en Portugal el año 1902, el Dr. França ensayó un nuevo tratamiento. Después de extraer de 25 á 50 cent. cúb. de líquido cerebro-espinal, por medio de la punción lumbar, inyectaba de 12 á 18 cent. cúb. (en los niños de 3 á 9), de una disolución de lisol al 1 por 100. Esta inyección ocasiona á veces algo de dolor, pero no produce más consecuencias que una coloración amarilla de las manos y de las plantas de los piés en algunos casos. Con la simple punción lumbar la mortalidad fué de 63'8 por 100; con la punción seguida de inyección, fué tan sólo de 29'3 por 100. Además se emplearon inyecciones subcutáneas de éter, enemas fríos y los calomelanos. — (*Deutsche med. Wochenschrift*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

FACULTAD DE MEDICINA DE MADRID.—CLÍNICA MÉDICA Á CARGO DEL DR. SAÑUDO

DOS ENFERMOS DE INSUFICIENCIA Y ESTRECHEZ AÓRTICAS

PARALELO CLÍNICO

POR

LUIS CASTILLO

Interno, por oposición, de la Facultad de Medicina de Madrid.

OBSERVACIÓN 1.ª — Era un hombre de cincuenta y cuatro años, casado y de oficio albañil. Ocupó en la Clínica la cama núm. 6.

Era un gran bebedor y además tenía antecedentes específicos indudables. Contaba además entre sus antecedentes patológicos una pulmonía y un quiste de la espalda, del cual fué operado.

Refiere el enfermo el comienzo de su enfermedad al mes de junio pasado, diciendo que le comenzó por un mareo del cual cayó al suelo y perdió el conocimiento; á raíz de este suceso cuenta que notó disnea grande que se exageraba sobre todo al hacer ejercicio, y tos seca que le molestaba mucho. Ha tenido también de cuando en cuando accesos de dolor en la región precordial, cuyo dolor se irradiaba al miembro torácico izquierdo.

Estado actual. — Tiene disnea exagerada, sobre todo por los esfuerzos, tos seca.

Durante su estancia en la Clínica tuvo accesos de opresión y de dolor en la región precordial con irradiaciones al miembro torácico y con sensación de angustia, que luego desaparecían para no volver á repetirse en varios días.

Orina mucho, siendo la orina clara y con vestigios de albúmina. Se queja de dolores de cabeza y tuvo un vértigo durante el cual veri-

ficó movimientos convulsivos con los miembros, recordándole al enfermo aquel mareo que él consideró el comienzo de su enfermedad.

La exploración reveló que el corazón estaba hipertrofiado, sobre todo el ventrículo izquierdo, pues la punta latía por debajo y por fuera de su sitio normal y el choque de ella era más enérgico que el de costumbre. En las carótidas se notaba un exagerado salto arterial que también se podía apreciar en la arteria humeral cerca de la flexura.

La auscultación de este enfermo era muy curiosa. En el segundo espacio intercostal derecho se oía un soplo suave, diastólico, al que seguía un soplo sistólico agudo, sibilante, como un pitido de tonalidad tan alta que parecía una sibilancia pulmonar, aunque el ritmo demostraba con toda evidencia que su origen estaba en el corazón. En los demás focos de auscultación se oían los ruidos del corazón enmascarados por los dos soplos aórticos propagados.

La arteria humeral era dura y muy irregular y el pulso amplio pero sin la brusca reacción del pulso de Corrigan. El trazado esfig-

Figura 1.

mográfico tiene la línea ascendente vertical, apenas iniciado el gancho característico de la insuficiencia aórtica, muy pronunciada la meseta de la arterio esclerosis, y la línea descendente sin las curvas de elasticidad.

Presentaba además una evidente desigualdad pupilar, reaccionando éstas perezosamente á la acción de la luz, signo de Romberg, los reflejos abolidos, se expresaba con una palabra lenta, arrastrando las sílabas y tartamudeando con alguna frecuencia, y sus facultades intelectuales habían sufrido alguna disminución, especialmente su memoria.

Diagnóstico.— Es un enfermo muy complejo, al que iremos poco á poco diagnosticando.

Los síntomas de auscultación de este enfermo son reveladores de una lesión aórtica combinada, de insuficiencia y estrechez. Aunque algunas veces la insuficiencia aórtica no tiene sólo su soplo diastólico característico, sino que además acompaña á este otro soplo sistólico, sin que él sea síntoma de una estenosis aórtica, no es éste

el caso de nuestro enfermo, porque los dobles soplos (sistólico y diastólico) de la insuficiencia aórtica son suaves, y, en nuestro caso, si bien uno de ellos, el diastólico, tiene la suavidad propia de la lesión á que pertenece, el otro, el sistólico, demuestra con sus especiales caracteres de auscultación que no es sintomático de la insuficiencia, sino de la estenosis aórtica que se asocia con aquella enfermedad para constituir una lesión combinada.

Hay todavía otra causa de error que conviene analizar. Los soplos sibilantes, como los que tiene nuestro enfermo, suelen producirse por el roce de la sangre con placas de ateroma á la entrada de la aorta en las válvulas sigmoideas. Nuestro enfermo, con sus exageradas lesiones vasculares, es muy á propósito para presentar soplos con esos especiales caracteres de auscultación y que reconocieran esta patogenia, pero el hecho de presentarse siempre en el sístole y el no haberse dejado nunca de oir durante todo el tiempo que observamos al enfermo, nos hacen pensar que fuera síntoma de la estenosis.

Todos los demás síntomas de disnea, salto arterial, etc., confirman el diagnóstico de lesión aórtica. El pulso, que tiene también caracteres del pulso aórtico, no se ajusta (porque no puede hacerlo) al de ninguna enfermedad determinada, ya que él es expresión y resultado de tres lesiones distintas: la insuficiencia aórtica, la estenosis y la arterio-esclerosis.

Queda hecho, por tanto, el diagnóstico de insuficiencia y estrechez aórtica, pero ¿cuál es su causa? Al contestar á esta pregunta hemos de completar el diagnóstico que de este enfermo hemos hecho.

Sabemos que existen dos grandes grupos de causas responsables de las enfermedades valvulares, las endocarditis agudas y las lesiones arteriales; las primeras producidas por distintas infecciones y muy especialmente por el reumatismo; las segundas originadas por propagación de las lesiones arteriales y reconociendo por causas generalmente el alcoholismo y la sífilis; aquéllas determinan de ordinario lesiones mitrales; éstas localizan su acción en las válvulas aórticas. Pues bien, en nuestro enfermo las lesiones aórticas son de causa arterial, son la propagación á las sigmoideas de las lesiones que existen en la aorta como existen también en todo su aparato vascular.

En suma, nuestro historiado es enfermo valvular porque lo es vascular y es vascular porque es alcohólico y sifilítico.

Tiene este enfermo todos los síntomas de la arterio-esclerosis en

su tercer período, en este período en el cual parecen los enfermos que lo son más que de una enfermedad general de órganos en particular. Tiene de vascular la dureza y la irregularidad de las arterias, la poliuria con ligera albuminuria debidas ambas á la esclerosis renal, los dolores torácicos, que son sin duda debidos á la aortitis, los mareos y los vértigos ocasionados por la arteritis de los vasos cerebrales, el síndrome de angina de pecho que reconoce por causa la coronaritis, la meseta del trazado esfigmográfico y la ausencia de curvas de elasticidad debido á que por la degeneración de las arterias perdieron éstas sus propiedades elásticas, y por fin la etiología de alcoholismo y de sífilis, causas que por sí solas son más que suficientes para producir esta enfermedad. Es un enfermo muy vascular, porque no podía por menos de serlo, teniendo dos tan graves intoxicaciones.

Además, los síntomas de desigualdad pupilar y reacción perezosa de éstas, la abolición de reflejos, el signo de Romberg, los trastornos de palabra y la debilitación de la memoria, nos hacen pensar en el comienzo de una parálisis general progresiva, si bien los síntomas pupilares pueden también atribuirse á la aortitis, siendo circunstancias que ayudan á hacer dicho diagnóstico la intensidad de los síntomas vasculares y la etiología de específico y alcohólico.

Para diagnosticar completamente á este enfermo, hay que decir de él que es un arterio-escleroso con insuficiencia y estrechez aórticas y periencefalitis difusa. La lesión valvular, que llama poderosamente la atención por los especiales carácteres de los soplos, no es más que un episodio de su enfermedad, una consecuencia de su lesión vascular.

Curso.—Siguió el enfermo con su disnea, poliuria, abolición de reflejos y demás síntomas que hemos dicho, experimentando de cuando en cuando mareos y vértigos, y síndromes de angina de pecho no muy exagerados.

Se agravaron los síntomas pulmonares, haciéndose muy intensa la disnea y requiriendo el empleo de revulsivos. Para cumplir esta indicación estuve una tarde poniéndole ventosas en la base de los pulmones que le aliviaron notablemente, disminuyéndole la disnea y dejándole descansar algunos ratos. A la mañana siguiente, cuando fuí á la Clínica, había fallecido este enfermo, y lo había hecho instantáneamente, sin que los que estaban próximos se apercibieran hasta que despertaron por la mañana, extrañándoles extraordinariamente este suceso, porque á última hora de la noche oían de la-

bios de su compañero que se encontraba muy mejorado. Investigaremos ahora las causas de su muerte.

Un enfermo vascular con coronaritis y que ha tenido ya accesos de angina de pecho puede morir por esta lesión, pero por rápida que hubiera sido la muerte, la intensidad enorme de los dolores de la angina de pecho hubieran agitado al enfermo más que lo suficiente para despertar á los enfermos próximos.

Un enfermo vascular con arteritis cerebral y que ha tenido mareos y vértigos puede morir por una apoplegía, pero por grande que ésta sea no corta la vida tan instantáneamente como lo ha hecho la lesión que lo hiciera en este enfermo.

Semejante rapidez de muerte sólo se explica por una embolia pulmonar y á esta lesión atribuímos nosotros su muerte. La autopsia de este caso, que tenía para nosotros mucho interés, no pudimos realizarla por causas muy ajenas á nuestra voluntad.

Tratamiento. — Empleamos el tratamiento mercurial en fricciones. Administramos yoduro, conveniente en este caso, por ser el enfermo vascular y específico. Administramos de cuando en cuando tónicos cardíacos, dando la preferencia á la esparteína por su cualidad de tónico cardíaco hipotensivo, la cual la asociamos al yoduro.

Tratamos los síntomas que molestaban al enfermo por medios adecuados, hipnóticos, revulsivos, etc.

Observación 2.ª J. Q. A., natural de Illescas, provincia de Toledo, de treinta y nueve años de edad, de estado soltero y de oficio cargador, manifestando que por su ocupación ha realizado durante mucho tiempo esfuerzos de consideración.

Enfermedades anteriores. — Sólo ha tenido un bubón que supuró, no existiendo ni en sus antecedentes ni en su estado actual ningún síntoma de infección sifilítica. No ha padecido ninguna otra enfermedad, ni pulmonía, ni tifoidea, ni paludismo, etc. Preguntado con insistencia acerca de este punto, afirma que excluyendo las enfermedades propias de la infancia, jamás se ha sentido enfermo.

Niega rotundamente haber tenido, ni tener, hábitos alcohólicos.

Enfermedad actual. — Comenzó hace dos años con gran disnea, que se le exageraba por el ejercicio, pero que no le cesaba durante el reposo.

Estado actual.— Su aparato digestivo funciona bien. Tiene disnea, que le ha disminuído mucho, pues ya solamente se le manifiesta por el ejercicio. Tiene algunas palpitaciones. Nunca ha padecido vértigos, ni mareos, ni crisis de angina de pecho.

La exploración reveló descenso del choque de la punta, que latía en el sexto espacio intercostal.

La auscultación es muy parecida á la que presentaba el enfermo anterior. Como él, tiene un soplo sistólico rudo y áspero, aunque no tan sibilante y otro diastólico suave, teniendo los dos su máximum en el foco aórtico.

Tiene latido perceptible en las carótidas. El pulso radial es saltón, vibrante, con el brusco descenso de la onda, característico del pulso Corrigan.

El trazado esfigmográfico es también característico de la insuficiencia, pues presenta la línea ascendente muy vertical, gancho muy pronunciado y dicrotismo en la línea descendente.

En las femorales se oye el doble soplo crural.

Diagnóstico.—Los síntomas de auscultación, iguales á los que presentaba el enfermo anterior, nos hacen diagnosticarle de insuficiencia y estrechez aórticas. No insistiremos en demostrar que el soplo

Figura 2.

sistólico que tiene este enfermo es sintomático de estrechez aórtica, y no acompañante de la insuficiencia, porque tiene iguales caracteres que el del enfermo anterior, y ya entonces expusimos las razones en que nos fundábamos para hacer esta afirmación. En este caso no puede ser debido al choque de la sangre con placas de ateroma, porque este enfermo no tiene ni síntomas ni razones etiológicas para ser vascular.

Ahora bien, aunque la auscultación demuestra la existencia de una lesión de estenosis aórtica que se asocia á la insuficiencia para constituir una lesión combinada, en el cuadro clínico de este enfermo, dominan los síntomas de insuficiencia, pues la amplitud del pulso y brusca reacción de la arteria y los caracteres del trazado esfigmográfico de verticalidad de la línea ascendente, gancho y dicrotismo, son lo suficientemente expresivos para poder diagnosticar con ellos una insuficiencia aórtica, sin que la palpación de la arteria radial, ni la observación del trazado esfigmográfico nos pudieran hacer sospechar la existencia de la estrechez. A nuestro juicio, la estenosis es lo suficientemente indudable para revelarse con ab-

soluta evidencia por la auscultación, pero lo insuficientemente intensa para modificar de una manera esencial el cuadro clásico de la insuficiencia, que es el que domina en este enfermo.

Ahora bien, ¿qué causa reconocen estas lesiones? Este enfermo no ha padecido reumatismo, ni ninguna otra afección que haya podido producir endocarditis, ni es alcohólico, ni sifilítico, causas las más frecuentes de las lesiones vasculares que por propagación pudieran explicarlas, pero tiene en cambio en su profesión habitual un factor etiológico, á nuestro juicio, de indudable valor, los exagerados y repetidos esfuerzos que realizaba.

Los autores que se ocupan del valor etiológico de los traumatismos y de los esfuerzos en las lesiones valvulares, dicen que los primeros se bastan por sí solos para hacer la lesión valvular, mientras que los segundos, aunque de indudable importancia patológica, necesitan de ayudantes, como el ateroma que produce la edad ó las ligeras lesiones que las infecciones dejan en el endocardio. Nuestro enfermo no tiene edad para padecer ateroma, ni ha tenido infecciones que hayan podido resentir el endocardio para ayudar á los esfuerzos á hacer la lesión valvular, y sin embargo, tenemos la convicción de que éstos han sido su causa. Nos parece que traumatiza mucho más el esfuerzo repetido todos los días que el golpe de momento, que aunque muy intenso cede pronto en su acción. Si las infecciones anteriores ó el ateroma obran preparando el terreno para que luego el esfuerzo determine, los esfuerzos repetidos todos los días pueden hacer lo que hacen las infecciones y el ateroma, para que después un esfuerzo mayor termine definitivamente la acción. Si la arteria, con el lento pero continuo golpear, labra su molde en el hueso, no comprendemos por qué no hemos de admitir que los esfuerzos, mucho más intensos en su acción que el latido arterial, puedan romper las válvulas, mucho más blandas que el hueso.

Tratamiento.—Se ha reducido al empleo de tónicos cardíacos, dando la preferencia á la esparteína, por unir á esta propiedad la de hipotensiva.

***

Del estudio comparativo de estos dos enfermos hemos de deducir enseñanzas de mucho interés.

Siendo los dos enfermos de insuficiencia y estrechez aórticas, son completamente distintos entre sí. En uno de ellos (el de la observación segunda) la lesión valvular es toda la enfermedad, y se presentan sus síntomas con toda pureza. En el otro (el de la observa-

ción primera) la lesión valvular es sólo una parte, un episodio de ella, y sus síntomas propios se encuentran modificados por los característicos de la lesión vascular.

Tienen de igual los dos enfermos lo que no podían por menos de tener, la hipertrofia de ventrículo izquierdo y los síntomas de auscultación. Después todos los demás síntomas son distintos, porque son muy distintas las causas á las que deben sus lesiones estos enfermos.

El de la observación segunda tiene todo el cuadro clásico de las lesiones aórticas, salto arterial, doble soplo crural, pulso de Corrigan y trazado esfigmográfico con la línea ascendente vertical, el gancho y el dicrotismo.

El de la observación primera tiene de lesión valvular el latido arterial y el soplo crural, pero el pulso, aunque rebotante y saltón, no tiene la reacción brusca característica del pulso de Corrigan, porque ésta depende de la elasticidad de las arterias, y la arterio-esclerosis las ha hecho duras y rígidas. El trazado esfigmográfico tiene la línea ascendente vertical, pero el gancho de la insuficiencia es apenas marcado, habiendo sido sustituído casi completamente por la meseta de la arterio-esclerosis, porque las lesiones de esta enfermedad han vencido, para la función de la arteria, al descenso brusco de la presión sanguínea que origina la lesión valvular y que constituye la patogenia de este signo. Todas las modificaciones ocurridas en la válvula insuficiente y en el orificio estrechado llegan á la arteria radial, pero lo hacen modificadas por una red arterial calcificada.

El enfermo de la observación segunda no tiene ningún síntoma más, porque los esfuerzos repetidos no han hecho más que la lesión valvular.

El enfermo de la observación primera tiene una porción de síntomas más porque la arterio-esclerosis que ha hecho la lesión valvular, además de modificar los síntomas que ésta presenta, da otros nuevos que se suman á los de esta enfermedad.

Los síntomas urinarios de poliuria y albuminuria son debidos á esclerosis renal por lesión de los vasos del riñón. El síndrome de angina de pecho se debe á las lesiones de las arterias coronarias que estaban calcificadas, como lo estaban la aorta y la radial, y que estrechadas por placas calcáreas, dejaban al corazón sin riego suficiente precisamente en el momento en que éste solicitaba por un exceso de trabajo una más activa circulación arterial. Los mareos y los vértigos tienen la misma explicación ; son meiopragias debi-

das á arteritis de las arterias cerebrales. A propósito de este síntoma hemos de hacer algunas observaciones. Se estima por muchos patólogos á los mareos y á los vértigos como síntomas de la insuficiencia aórtica, y los explican diciendo que por el retroceso de la sangre llega ésta al cerebro en menor cantidad que de costumbre, pero eso sucedería si sólo existiera una revolución cardíaca, porque las que siguen en seguida llevan á las arterias sangre suficiente para realizar sus funciones. Nosotros creemos que dichos síntomas no lo son propiamente de esta lesión valvular, sino de muchos enfermos valvulares que los tienen, no por ser afectados de insuficiencia aórtica, sino porque son enfermos vasculares que tienen arteritis cerebral, como tienen lesiones en otros vasos. Los consideramos con la misma significación que la angina de pecho verdadera, que sabemos es producida por coronaritis, y si nadie incluye este síndrome en el cuadro clínico de la insuficiencia aórtica, creemos que tampoco se está autorizado para incluir en él los mareos y vértigos que reconocen la misma patogenia. Nuestros historiados vienen en apoyo de nuestra opinión. Tiene mareos y vértigos el que es vascular, y tiene además angina de pecho, en tanto que el otro, el de lesión valvular pura, jamás ha tenido ningún trastorno de circulación cerebral.

Por ser alcohólico y por ser específico tiene el enfermo de la observación primera síntomas de periencefalitis difusa que no puede tener el otro enfermo, completando con este cuadro las enormes diferencias que separan á estos dos enfermos, mucho mayores que las analogías que los unen.

La asociación en este enfermo de la insuficiencia aórtica y la periencefalitis difusa, demuestra la verdadera significación de aquella lesión en los tabéticos. Por la frecuencia con que dicha lesión valvular acompaña á la tabes, pensaron algunos equivocadamente que era una verdadera lesión trófica de esta enfermedad: en realidad, dicha asociación es debida á que la sífilis hace la tabes, lesiones vasculares é insuficiencia aórtica. No hay subordinación de una enfermedad á la otra, sino que las dos son dependientes de una causa única: la infección sifilítica. Los tabéticos tienen insuficiencia aórtica, no porque son tabéticos, sino porque la inmensa mayoría de ellos son vasculares por ser sifilíticos. Prueba evidente es nuestro enfermo, en el cual la sífilis, que en vez de hacer tabes, ha dado origen á la parálisis general, y sin embargo es enfermo de válvulas aórticas.

Todas estas reflexiones sirven para demostrarnos que el diagnóstico de una enfermedad es insuficiente en buen juicio médico, si no que hay que averiguar las particularidades propias de cada enfermo, que son á veces mucho más interesantes que el nombre de una especie morbosa. Diagnosticados los dos de insuficiencia y estrechez aórtica, parecen enfermos iguales, cuando en realidad son completamente distintos.

REVISTA DE OTO-RINO-LARINGOLOGÍA

POR EL

DOCTOR D. FRANCISCO RUEDA

Director de la Consulta oto-rino-laringológica del Hospital de la Princesa.

SUMARIO: I. ¿Absceso mastoideo sin otitis supurada previa? — II. Sobre el tratamiento post operatorio en el vaciamiento mastoideo.— III. Sobre el tratamiento operatorio de la pansinusitis nasal. — IV. Tratamiento de la hemorragia quirúrgica de la amígdala palatina.— V. Tratamiento de los papilomas laríngeos en la primera infancia. — VI. La ley de Semon aplicada por Grabower.

I. En una de las sesiones del pasado año, celebradas por la Sociedad austriaca de otología, presentó el Dr. Kaiser un enfermo curioso por su rara ocurrencia y porque demuestra una verdad sobre la que en varias ocasiones, personalmente, he llamado la atención.

El caso en cuestión fué presentado bajo el título de «Absceso mastoideo sin otitis supurada previa». En junio de 1904 se queja el paciente de su oído, y al cabo de un año lo examina el Dr. Urbantschitsch, sin encontrar fenómeno alguno flojístico. Sin embargo, el estado general del enfermo es muy malo, tiene una cefalea intolerable y se practica la trepanación mastoidea, encontrando un gran absceso de la apófisis.

El juicio clínico que semejante caso puede merecer, no es dudoso según mi concepto. En algunas Revistas anteriores, lo mismo que en un trabajo que pronto ha de aparecer, me significo claramente respecto al papel que la cavidad tubotimpánica puede desempeñar para la transmisión de gérmenes patógenos hasta la mastoides y también hasta las estructuras peritemporales endo y exocraneales

El caso relatado por el Dr. Kaiser prueba los siguientes hechos 1.º, la existencia de un estado flojístico anterior en la caja timpá

nica de virulencia atenuada; 2.°, como es de regla en todos los casos de inflamación del oído medio, la coexistencia de idéntico proceso en las células mastoideas; 3.°, la obstrucción del aditus; 4.°, la cesación del estado flojístico en la caja timpánica separada de las cavidades mastoideas, y 5.°, la exaltación de virulencia de los gérmenes piógenos encerrados en la mastoides.

Estas diferencias en la virulencia de los gérmenes contenidos en los diferentes compartimentos del oído medio, la hemos encontrado repetida muchas veces en nuestra práctica personal, así como también la tolerancia extrema que en algunos casos ofrece la mucosa timpánica y la membrana del tambor, que pueden encerrar el pus durante mucho tiempo sin protesta alguna local.

Ultimamente he tenido ocasión de observar dos casos fehacientes de esto que expongo y que han de ser motivo de un breve trabajo clínico. Trátase en uno de la señora de un colega de Valladolid que afectada durante cinco meses de una obstrucción tubárica absoluta, es por mí examinada, encontrando gran abombamiento de la membrana timpánica que transparenta un contenido lechoso, que á la punción amplia y al examen microscópico, demuestra estar compuesta de pus en el que no se descubren bacterias.

Realizándose la cicatrización de la incisión practicada, cual si se tratase de una miringotomía en tímpano normal; siendo de notar que en todo el transcurso del padecimiento nunca el oído protestó en forma dolorosa; circunstancias todas que demuestran la escasísima septicidad del pus retenido.

El segundo caso hace referencia á una mastoiditis de Bezold, que no hará un mes operé en el Sanatorio *La Gallega*, ofreciendo la circunstancia de presentarse una membrana timpánica perfectamente normal como coloración y forma, faltando la protesta dolorosa y acusando solamente el padecimiento del oído cierto grado de sordera no muy pronunciada. En el momento de la operación, ocurriéndonos la sospecha de un error diagnóstico posible, punzamos la membrana timpánica, obteniendo pus no escaso, lo que nos decidió á intervenir sobre la mastoides y la colección purulenta que por la cara interna de la apófisis se había fraguado debajo del músculo esterno-cleido-mastoideo, apareciendo á descubierto el seno lateral, circunstancias que demuestran la fuerza de invasión séptica del pus encerrado en la mastoides juntamente con la escasa virulencia del contenido en la caja timpánica.

II. Hace poco tiempo nos ocupamos de la aplicación del ácido bó-

rico pulverulento á la curación de los operados de mastoides, y hoy vamos á insistir sobre el mismo punto, sumariando las ideas que el Dr. Laurens expone en un trabajo de enorme transcendencia práctica.

Todos los que estamos habituados á la operatoria radical mastoidea, sabemos con qué facilidad el menor descuido en el tratamiento post operatorio destruye el efecto curativo de la operación mejor realizada. Y es que en la curación de las supuraciones crónicas del oído medio, la operatoria propiamente tal no es lo radical que su nombre indica y representa solamente el preliminar obligado para poner á descubierto el foco séptico. Luego al tratamiento le está encomendado la obtención y conservación del estado aséptico.

Decía Lermoyez hace años que para realizar una cura radical se precisa: 1.°, que la cavidad operatoria quede tapizada de un epidermis seco y sólido; 2.°, que la cavidad cutificada sea de la misma amplitud y forma que la cavidad post operatoria.

Este resultado se obtiene: 1.°, por el taponamiento con gasa esterilizada; y 2.°, por la insuflación de ácido bórico.

El taponamiento con la gasa constituye un medio excelente de desagüe en los primeros días, y la cura al ácido bórico más tarde afirma el resultado obtenido y procura una rápida cutificación. De este doble efecto nace el procedimiento mixto que el Dr. Laurens recomienda, habiéndose detenido en el siguiente *modus operandi:*

1.° Durante la operación no se ejecuta autoplastia del conducto, sino la resección de su pared posterior practicada en los primeros tiempos, terminando la intervención por un relleno con la gasa de la cavidad fraguada y del conducto, que debe ser bien calibrado para evitar posteriores estenosis.

2.° Durante el período de granulación, que dura quince días, se practica la renovación de la gasa y taponamiento todos los días, á partir desde el cuarto.

3.° Pasado este tiempo, al empezar la epidermización, se rellena la cavidad con ácido bórico, manteniendo con la gasa la calibración del conducto auditivo externo, pudiendo ser consentida la oclusión espontánea del orificio retro-auricular una vez que la marcha de la cutificación parece asegurada.

III. Después del caos que durante algunos años ha venido reinando en el tratamiento de las sinusitis frontales, parece que comienza á metodizarse algo, imponiéndose en verdad un acuerdo respecto á los procedimientos aplicables á cada caso.

De la lista de métodos operatorios que la literatura registra, la mayor parte merecen ser conservados, pues tienen alguna buena cualidad que les hace aplicables á determinados casos. Y es que la patología del seno frontal no puede ser sistematizada, pues teniendo en cuenta la diversidad de formas anatómicas y la diversidad de procesos que pueden tener lugar, ya sea solamente en las cavidades frontales ó bien en combinación con las células etmoidales, el seno maxilar y el seno esfenoidal, se comprende que un exclusivo procedimiento operatorio no puede ser aplicable á todos los casos. ¿Quién duda que la simple trepanación puede curar una sinusitis frontal aguda ó subaguda siempre que la cavidad sea pequeña y la mucosa no ofrezca profundas alteraciones anatómicas? Todo el mundo aceptará sin escrúpulo la racionalidad del procedimiento de Ogston-Luc para aquellos casos de no gran cavidad supurante, sin complicación ó coexistencia de afección supurada de las células etmoidales, y todos también practicarán gustosos el método de Killian ó el de Taptas para las sinusitis que recaen en grandes cavidades frontales con desarrollo considerable de fungosidades y simultaneidad de supuración de las células etmoidales.

¿Es que la serie de innovaciones en este terreno debe considerarse agotada? Seguramente que no, y mientras no dispongamos de medios diagnósticos precisos para determinar *a priori* en cada caso concreto la clase de lesión y la forma anatomopatológica que somos llamados á tratar, estamos en la obligación de registrar todos los medios propuestos y buscar en el encasillado el punto que puede corresponderle.

Por esto vamos á dar cuenta de un trabajo del Dr. Jacques (de Nancy) aparecido en los *Annales de maladies de l'oreille, du larynx, etcétera*, del mes de febrero del presente año, en el que se ocupa de la práctica que considera más oportuna en determinados casos de pansinusitis.

Dice el autor: el ataque de los anexos infectados se realiza por la vía órbitonasal, igualmente que el procedimiento preconizado para los casos de sinusitis frontal no complicada; y *únicamente por esta vía.*

Se practica una incisión arqueada que, partiendo del tercio externo de la ceja, sigue el reborde orbitario y, al llegar á la cabeza de la ceja, desciende verticalmente entre el hueso propio de la nariz y la apófisis ascendente del maxilar superior hasta llegar al borde de la abertura piriforme, comprendiendo las partes blandas hasta

el hueso. Se raspa el periostio, se desprende la polea del gran oblícuo y el saco lagrimal, y se practica la hemostasia. Luego se ataca con la gubia el seno frontal á nivel de la región más anterior é interna del techo orbitario, explorando la cavidad frontal trepanada. Con la pinza, se ensancha el orificio hasta destrución completa del suelo de la cavidad, llegando hasta el ángulo cerebro-orbitario y suprimiendo los tabicamientos que al paso puedan encontrarse. Hacia abajo y adelante, se practica resección de la porción correspondiente de la apófisis ascendente del maxilar superior y del propio de la nariz.

Por la brecha practicada no es difícil la exploración y destrucción del laberinto etmoidal, suprimiendo los dos cornetes superiores. Después de realizado este vaciamiento, vemos que resulta un espacio cuyos límites son : por arriba la lámina cribosa y pared superior del laberinto etmoidal; por fuera la lámina papirácea, y por dentro el tabique nasal.

El seno esfenoidal queda á descubierto y podemos realizar fácilmente la resección de su pared anterior, por ensanchamiento á la pinza gubia, de su abertura natural.

Ahora resulta fácil la abertura y raspado ámplio del seno maxilar por la adopción de instrumental apropiado.

La operación queda terminada con la extensa pincelación al cloruro de zinc. De todas las superficies denudadas y con la introducción de tres mechas yodoformadas, de las que una tapona la porción vertical respetada del seno frontal, otra el seno esfenoidal y gotiera etmoidal, y la tercera el seno maxilar, haciendo salir las tres por la abertura natural de la fosa nasal.

IV. No son en gran número los casos que la literatura registra de hemorragia por intervención quirúrgica, sobre las amígdalas, que hayan ocasionado la muerte del paciente, pero sin embargo, como este desgraciado accidente ha ocurrido alguna vez y como con mayor frecuencia se da la circunstancia de presentación de hemorragias secundarias que han sido alarmantes y de cohibición difícil, entendemos que, el práctico en general y el especialista, deben estar prevenidos y tener conocimiento de todos los medios aconsejados contra tan temible complicación.

Todos los medios quirúrgicos empleados para la extirpación ó destrucción de las amígdalas son susceptibles de originar hemorragia, pero sin duda, la amigdalotomía tradicional, como más cruenta, es la que tiene el puesto de distinción con referencia á este pun-

to, y á ella es á la que se refieren de ordinario los sucesos de esta índole.

Si no nos es infiel la memoria, ya, en una de nuestras anteriores Revistas, hemos hecho la historia de la sutura de los pilares aplicada al tratamiento de semejante hemorragia, y hoy vamos á referirnos al procedimiento que en un trabajo muy documentado del Dr. Maurice Constantin, ayudante del Dr. Escat (de Toulousse), aparece en los *Annales des maladies de l'oreille, du larynx, etc.*, en el presente año.

El autor, al lado de los instrumentos que, por medio de la compresión sobre el foco hemorrágico, procuran la hemostasia; coloca uno, ideado por el Dr. Escat, que está todavía en espectativa de prueba, y cuya esencia pinta en la siguiente descripción. «Se compone de una especie de arco, formado de una lámina metálica triangular, cuyo vértice está perforado por un ojal; resultando el total con una disposición que recuerda un áncora. La cara anterior del tallo, que es cóncava, abraza la cara posterior convexa del velo del paladar, y su base encorvada hacia delante, se termina en dos valvas que simulan el brazo y patas del áncora, que viene á apoyarse sobre los límites posterolaterales de la cara bucal de la bóveda por encima de la inserción de los pilares anteriores. En el espacio que las separa, pende libremente la úvula, y cada una de ellas se prolonga por la parte inferior y lateral, en una gotiera de concavidad externa que abraza la fosa amigdaliana y los pilares». Estas gotieras están almohadilladas para realizar la compresión y por el ojal que en el tallo existe, pasa un cordonete destinado á salir por una de las fosas y que ha de servir para la colocación del instrumento y para fijarle en posición.

Examina luego el autor el taponamiento de la faringe, propuesto por Otto von Holst, y procurando evitar la traqueotomía, que es detalle obligado del procedimiento, viene á describir un método ideado también por el Dr. Escat y que todavía no ha pasado por la prueba clínica.

La disposición instrumental ideada hasta la fecha, la describe el autor bajo el epígrafe de «tubo laríngeo para el taponamiento hemostático de la faringe», componiéndose de dos piezas.

1.° Un tubo metálico análogo al tubo de Ribemont-Dessaigne para la insuflación en el recién nacido, aunque de mayores dimensiones, ofreciendo una curva semejante á la de los instrumentos de cirugía endolaríngea, teniendo el extremo la forma de un tubo para

intubación con alguna modificación en la parte ensanchada para poder realizar la obturación del vestíbulo de la laringe. Los detalles de conformación del mango y porción tubular intrabucal, en los cuales no podemos entrar, están perfectamente adaptados al objeto que el inventor se propone, haciendo fácil el manejo del instrumento.

Una vez colocado el aparato á la manera como se realiza con la sonda dilatadora de Schrötter, es necesario pasar una sonda esofágica, y aseguradas así la alimentación y respiración del paciente, se procede al taponamiento de la faringe empleando gasa esterilizada.

La disposición operatoria apuntada, que teóricamente parece seductora, con toda seguridad encontrará en la práctica dificultades de orden anatomofisiológico, teniendo en cuenta la intolerancia natural que ofrecen los órganos de que tratamos.

V. Los perfeccionamientos aportados durante los últimos años á la práctica de la laringoscopia directa, desde la introducción de la espátula de Kirstein, han proporcionado una mayor sencillez en el tratamiento de ciertas enfermedades laríngeas que, como los papilomas de la infancia, precisaban una traqueotomía previa y una laringofisura posterior.

Concretando nuestras consideraciones al tratamiento de los papilomas laríngeos de la infancia, es pertinente recordar que semejantes formaciones papilares implantadas frecuentemente de una manera difusa en la mucosa laríngea, son causa de graves complicaciones que empiezan por una simple ronquera y terminan por constituir estenosis gravísimas que en plazo breve amenazan la existencia si no se acude con medidas radicales y en tiempo oportuno al apartamiento del obstáculo mecánico que representan.

Los diferentes tratamientos médicos y tópicos aconsejados, resultando de frecuente ineficacia, deben dejar paso á los métodos quirúrgicos, y siendo en la infancia la vía natural de difícil ó imposible aprovechamiento, era forzoso acudir á la apertura de la laringe para realizar la extirpación de las neoplasias.

Hoy día, después de las innovaciones introducidas en la técnica por el profesor Killian, podemos operar por vía natural sirviéndonos de un tubo espátula adecuado, de manera tal, que la intervención sobre la laringe es comparable á la realizada por medio del espéculum sobre el cuello de la matriz.

El procedimiento operatorio puede resumirse de la manera si-

guiente: El niño anestesiado previamente es colocado en la posición de Rose, rectificando así la curvatura natural del espacio bucofaringolaríngeo, facilitándose de esta manera la introducción del tubo-espátula de Killian, cuya maniobra podemos seguir con la lámpara de Kirstein colocada delante del ojo derecho.

El enchufamiento del tubo-espátula con el vestíbulo de la laringe no ofrece dificultades considerables y podemos, á través de él, realizar la extirpación de las masas papilomatosas.

El Dr. Garel, de Lyon, acaba de publicar dos observaciones de una semejante intervención realizadas en niños de tres y cinco años, declarando que á pesar de ser las dos únicas observaciones que en su práctica registra, tratadas por este método, se propone no emplear otro en lo sucesivo en los niños de corta edad.

VI. La materia á que se refiere el presente epígrafe puede servir de comentario y complemento á la conocida ley de Semon sobre las parálisis de la laringe.

El Dr. Grabower, en los *Archives für laryngologie*, tomo XVI, publica un trabajo anatómico sobre esta materia que revela la enorme paciencia y tenacidad del observador, que quiere buscar la razón de un hecho clínico.

La síntesis de esta labor está indicada diciendo que Grabower se ha propuesto estudiar el reparto macroscópico de las fibras nerviosas que se dirigen á cada músculo de la laringe y contar microscópicamente el número de las fibrillas nerviosas que en cada músculo penetra.

De esta manera ha encontrado que el músculo posticus recibe de 230 á 315 fibrillas nerviosas, número que es inferior al que se encuentra en los otros músculos laríngeos, puesto que los tiro-aritenoideo interno y externo reciben unas 450 fibrillas y el inter-aritenoideo recibe 558, de donde se deduce que el crico-aritenoideo posterior es el músculo de inervación más débil entre todos los animados por el nervio recurrente, motivo por el que, según Grabower, estaría justificada en las parálisis laríngeas la iniciación por los dilatadores de la glotis, según expresa la ley de Semon.

REVISTA ESPAÑOLA

SECCIÓN OFICIAL

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 24 de Marzo de 1904.

Fiebre aftosa.—El Dr. *Trinado*, continuando el debate acerca de esta enfermedad, hace una brillante disertación acerca del origen y desenvolvimiento de la vacunación, mostrándose entusiasta partidario de tan maravilloso medio profiláctico, que estima como uno de los descubrimientos más gloriosos de la humanidad. Ocupándose de los peligros de la vacunación, afirma que si bien es posible el contagio de la sífilis por la vacuna esto tiene sus limitaciones, pues que en la mayoría de estos casos se trata de hereditaria y que, siendo exclusiva de la especie humana, no puede propagarse de la ternera al hombre, debiendo achacarse en todo caso á la poca limpieza de los instrumentos empleados, y que hoy se emplea una pluma para cada persona. Manifiesta después que durante una epidemia variolosa hubo mucha glosopeda en el ganado, á pesar de lo cual no observó nada parecido á lo relatado por el Dr. González Alvarez; y que si la vacuna de ternera tiene algunos inconvenientes, como son el eczema, la erisipela, flemones y septicemia bacilar de que hablaba el Dr. González Alvarez, estos accidentes no son graves, pudiendo asegurar por su parte, que no ha visto ningún caso de fiebre aftosa en el hombre comunicada por la vacuna, y sí por la leche, opinando, por lo tanto, que en el caso de que se viene ocupando, dicha fiebre debió tener como causa otra distinta á la vacuna animal.

Que descartadas dichas complicaciones poco importantes y la sífilis, quedaba como argumento contra la vacuna la tuberculosis de las reses, cuyo peligro se evitaba por el escrupuloso reconocimiento hecho por los veterinarios y que no es, pues, la tuberculosis argumento bastante para proscribir la vacuna de ternera.

Que las dos palabras *fiebre* y *aftosa* son para él poco delineadas, porque las fiebres y las inflamaciones comprenden toda la patología y que, por lo tanto, dicha denominación no indica en su concepto de una manera clara una enfermedad determinada, clásica, que no dé lugar á dudas, y que si á esto se añade que el sujeto afectado es un niño, no hay razón alguna para pensar que hubiese sido contagiado por la vacuna, porque aunque algunos autores modernos creen que la fiebre aftosa es debida en ocasiones á la glosopeda, no lo demuestran y que mientras no se conozca el microbio, se haga el cultivo, etc., etc., no hay bastante fundamento para hablar de la glosopeda transmitida al niño, y que según Martineau, la fiebre aftosa no tiene de analogía con la glosopeda más que el nombre.

Termina llamando la atención de la Academia acerca de las consecuencias de que quede sentado, que la vacuna animal pueda tener entre

defectos el de ser un medio de propagación de la glosopeda, debiendo la Corporación velar porque esta suposición no prospere, toda vez que la Academia debe ser la más fiel guardadora de tan precioso medio profiláctico en bien de la ciencia y de la humanidad.

El Dr. *Mariani* hace constar que en su práctica nunca había podido observar un caso de fiebre aftosa y que, puesto que se trataba de un caso raro, opina que hubiera sido conveniente investigar el punto de origen de la infección, cerciorándose, á ser posible, de si la ternera de que se había vacunado al niño tenía la glosopeda, y si no ver si aquella vacuna correspondía á una época en que se hubiera observado la glosopeda en el ganado, cuya investigación no era difícil, puesto que en el Instituto de vacunación se conservan las vacunas con la fecha en que fueron empleadas, y que si de tal investigación resultaba que en la época en que el niño fué vacunado el ganado no padecía la glosopeda, claro era que el niño no pudo ser infeccionado por la vacuna, á no ser que se hubiera empleado una de fecha muy anterior.

Que la especie humana es poco á propósito para el desarrollo de la glosopeda y que tampoco se propaga por la leche, sino cuando ésta es de vaca y el animal tiene aftas en el pezón.

Que en el caso expuesto por el Dr. González Alvarez no se podía atribuir el contagio á la leche, y también le parecía muy dudoso que fuera debido á la vacuna.

Que en una época en que había mucha necesidad de vacunar, hubo precisión de emplear terneras con glosopeda, según había manifestado el Dr. Taboada, y que, sin embargo, no se observaron casos de fiebre aftosa.

Que la naturaleza de las placas sólo puede diagnosticarse en el laboratorio y que en su concepto, el Dr. González Alvarez se había excedido en atribuir desagradables consecuencias á la vacuna, puesto que por su parte sólo había observado algún caso raro de accidentes benignos entre cientos y cientos de vacunaciones.

El Dr. *González Alvarez* manifiesta que se habían interpretado mal sus palabras, puesto que no es enemigo de la vacuna, sino por el contrario, entusiasta de la misma, pareciéndole vergonzoso que en un pueblo se registren muchos casos de viruela, puesto que gracias á la vacunación puede hacerse desaparecer esta repugnante enfermedad; pero que no porque se estime la vacunación en toda la importancia que tiene han de ocultarse los defectos evitables, y que entre estos defectos está la posible propagación de la fiebre aftosa, cosa admitida universalmente en la ciencia, y que no porque los accidentes sean raros ha de dejar de pensarse en evitarlos.

Que si bien no pudo hacerse la investigación en el centro vacunador á que había aludido el Dr. Mariani, gestionó que en la Escuela de Veterinaria se hicieran inoculaciones en la ternera de los productos recogidos del niño, no pudiendo realizarse sus deseos por multiples dificultades.

Que quedaban sentadas las siguientes afirmaciones:

1.ª Posibilidad de transmisión de la fiebre aftosa del animal al hombre, ya por la leche, ya por la linfa impura, según se comprueba por casos publicados.

2.ª Que todas las demás infecciones de que se había ocupado como con-

secuencias posibles de la vacuna, son exactas, aunque no frecuentes, y que unas dependen de la linfa y otras de la impericia del vacunador, que no aseptiza el brazo y los instrumentos, por cuya razón él aconseja á sus clientes que usen lanceta propia, y que también tienen lugar dichas infecciones por no ocluir la herida y la vacuna posteriormente.

Que estos males son perfectamente evitables, y por lo tanto, deben evitarse, señalando como medio más seguro el evitar la vacunación directa de ternera á brazo, citando á este efecto las consultas que había hecho á varias autoridades médicas de distintos países extranjeros, que le habían contestado de acuerdo con la doctrina que venía sosteniendo en la Academia.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 26 de Marzo de 1906.

Dos casos de papilomas laríngeos en los niños. — El Dr. *Jiménez* expone la historia de un niño de siete años, que presentaba afonía y respiraba mal; su padre murió de tuberculosis pulmonar y laríngea. El enfermito que refiere ha tenido viruela y adenitis del cuello, y en varias ocasiones ha tenido ronquera y dificultad respiratoria. Con el laringoscopio observó una tumoración grande en el ángulo anterior de las cuerdas, que sólo dejaba un espacio pequeño en la parte posterior izquierda, por donde se efectuaba difícilmente la respiración. Con toques de adrenalina aseguró la respiración y en dos sesiones pudo quitar el tumor por vía endolaríngea, excepto lo que aún queda á la derecha, que está un poco oculto por haber algo de infiltración (presenta el niño á la Academia). Vencida la indocilidad del niño, queda reducido el caso actual á las manipulaciones corrientes de las intervenciones en los adultos.

Refiere la otra historia. Una niña de tres años, cuyo padre padece tuberculosis pulmonar. Ella ha padecido sarampión y tos ferina con ronquera, que terminó en pocos días. Cuando él la vió estaba muy afónica y respiraba mal. Hecho el examen laringoscópico, lleno de dificultades por tratarse de una niña de tres años, apreció una tumoración papilomatosa muy grande. Y después de repetidos ensayos y valiéndose de mil medios para lograr su aquiescencia y su quietud, extirpó casi toda la masa tumoral en cuatro sesiones. Posteriormente ha tenido noticias de que la tumoración se ha reproducido violentamente.

Con motivo de estos casos se pregunta cuál es la operación que se debe hacer en los niños, ¿la tirotomía ó la extracción por vía natural? Cree que se debe intentar siempre esto último, y sólo cuando fracase, recurrir á la tirotomía.

Insiste en que las recidivas son tan frecuentes con uno que con otro procedimiento, y cita el caso de una niña de cinco años, operada por el doctor Uruñuela por vía natural, y que no recidivó.

El Dr. *Morales* está conforme con el Dr. Jiménez en que se debe ensayar siempre la extirpación endolaríngea, pero no hay que olvidar que esto en

los niños es muy difícil y que, entre otras cosas, por esta razón, ha sido necesario recurrir á la tirotomía.

El Dr. *Gereda* dice que no ha operado ningún papiloma en los niños y felicita al Dr. Jiménez.

El Dr. *Jiménez* agradece la intervención de los Dres. Morales y Jiménez, y se felicita de que hayan estado de acuerdo con lo expuesto por él.

Un caso de trofoneurosis facial.—El Dr. *Arredondo* dice que en noviembre de 1903 se presentó en su consulta del Hospital de la Princesa una enferma de veinticuatro años, sin antecendentes hereditarios ni personales de interés. Hacía tres años padeció unas fiebres que le duraron cerca de mes y medio, y unos tres meses después de su terminación, se apercibió de la deformidad facial que presentaba, habiéndola precedido algunos dolores continuos y poco intensos en la región superciliar izquierda. Los trastornos se desarrollaron en unos seis ó siete meses, quedando después estacionados. Examinada la región afecta se apreciaba una zona anteroposterior de unos 3 á 4 centímetros de ancha, que empezando un poco por delante de la parte más alta de la cabeza en el lado izquierdo, se dirige hacia adelante y algo hacia adentro hasta la frente, desciende verticalmente por ésta, llega á la ceja en su porción interna y la invade, continúa por la parte interna de los párpados y el lomo de la nariz, en cuya zona se encontraba la piel lisa, brillante, adelgazada, de un color amarillento parduzco, percibiéndose á su través las venas de la región; es decir, con todos los caracteres de una atrofia cutánea, y sin pelo en la parte correspondiente á la cabeza y á la ceja.

El tejido subcutáneo había desaparecido en toda la extensión de dicha zona, encontrándose la piel como pegada al hueso, sobre todo en la frente, parte donde se apreciaba una depresión de la eminencia izquierda del frontal, correspondiendo á la zona cutánea atrofiada. La parte izquierda del lomo de la nariz estaba deprimida y adherida al esqueleto. Nada más de anormal se notaba en la enferma, conservándose íntegra la sensibilidad y motilidad de la cara y del globo del ojo, tanto intrínseca como extrínseca.

En vista de este cuadro, diagnosticó una trofoneurosis facial, creyendo sumamente interesante el caso, porque por lo claro, lo sencillo de su etiología y de su síndrome, al mismo tiempo que por lo preciso de éste, podría servirnos para interpretar la patogenia de proceso tan complicado y tan obscuro en la mayoría de los casos, del mismo modo que para estudiar lo fundamental de una función biológica en su esencia, se recurre á seres sencillos en que se presenta sin las complicaciones que la perfectibilidad de los organismos superiores supone.

El tratamiento empleado ha sido: tratamiento tónico general, por encontrar su estado general algo decaído, habiéndose repuesto en poco tiempo. Como tratamiento local, se han empleado fricciones estimulantes de esencia de trementina y alcohol alcanforado y corrientes eléctricas continuas con polo positivo activo. Sus resultados han sido bastante satisfactorios, habiéndose poblado de pelo la ceja y algo, aunque poco, los bordes de la zona correspondiente del cuero cabelludo. La nutrición se ha regenerado bastante en los párpados y nariz, habiendo disminuído mucho las desigual-

dades de ésta y el brillo de toda la región atrófica, pudiendo cogerla entre los dedos y separarla del hueso subyacente.

Las doctrinas que hoy reinan en la ciencia para explicar las trofoneurosis faciales son, como su nombre indica, neurotróficas, desechadas ya la aplasia laminosa de Bitot y Lande. La teoría fundada en la influencia del nervio facial corrió igual suerte cuando se supo que las alteraciones musculares eran secundarias y nunca primitivas, quedando hoy en pié la que atribuye el proceso al simpático y la que lo hace depender del trigémino, fundada aquélla en los casos en que se han apreciado fenómenos de excitación del simpático, como los de Brunner, Selingmuller y Salas, y ésta en lo frecuente de su coincidencia con trastornos sensitivos y en las lesiones encontradas por Mendel en una autopsia.

Examinados los territorios en que la atrofia asienta en esta enferma, se observa que corresponden á los inervados por los ramos frontal y nasal del oftálmico. Con efecto, la parte afectada del cuero cabelludo y de la frente está bajo la dependencia nerviosa de los filetes ascendentes del nervio frontal externo, ramo terminal del frontal; la parte interna de la ceja y de los párpados, así como la raíz de la nariz, deben su inervación á filetes del mismo frontal externo y á la mayor parte de los del frontal interno y nasal externo; la porción del hueso frontal hundida, á un ramito muy delgado que se desprende del frontal externo al pasar por el agujero supra-orbitario, y finalmente, el lomo de la nariz al nervio nasolobular, última porción del filete externo del nervio nasal interno. Pero lo más elocuente es lo que en la nariz ocurre, pues mientras era bastante avanzada la atrofia de la mitad izquierda del lomo, cuya inervación depende del nervio nasolobular, el ala de la nariz inervada por los terminales internos del infra-orbitario está completamente íntegra.

En vista de lo expuesto y de que no se observa ningún trastorno del simpático, interpretamos la patogenia de este caso como dependiente de una neuritis post infecciosa localizada en las ramas del oftálmico.

Durante el curso del tratamiento se observó otra placa de atrofia en el trayecto del sexto nervio intercostal, que se modificó muy pronto merced al mismo tratamiento.

Los casos más complicados de trofoneurosis dependerán esencialmente, según se deduce de esto, de una lesión del trigémino, diferenciándose en que en vez de ser una lesión neurítica transitoria, sería de otra naturaleza cualquiera, central ó periférica y permanente, lo que daría el carácter de progresiva á la hemiatrofia en esos casos, añadiéndose lesiones del simpático y aun del facial, por ser múltiples las lesiones que hace una misma causa en el sistema nervioso de un individuo de grandes taras hereditarias neuropáticas.

El Dr. *Salas* dice que el caso presentado es muy completo; herencia familiar (un hermano con parálisis infantil y madre paralítica), ha tenido un traumatismo y faltaba todo lo que se refiere al facial. Si se hubiesen presentado zonas de anestesia, habría que fijarse en el trigémino. Estos casos recuerdan ciertas esclerodermias, y si se fuera á ver la patogenia de esta enfermedad, puede que fuera igual á la de la trofoneurosis. Pregunta si hay antecedentes familiares sifilíticos. Hace mención de un caso muy

interesante que él presentó al XIV Congreso internacional y que eminentes colegas extranjeros lo han juzgado como uno de los más típicos que se conocen en la literatura médica.

El Dr. *Juarros* dice que esta enfermedad es poco frecuente, pues según una reciente estadística alemana, no pasan de 122 casos los que de trofoneurosis se conocen. Lo notable en este caso son los resultados del tratamiento, la falta de antecedentes y la mancha que se presentó en el trayecto del sexto par intercostal. Se inclina á creer que este caso es más de esclerodermia que de trofoneurosis. Y á propósito de las lesiones tróficas, lee una Revista en la que se defiende y se prueba la existencia de nervios tróficos.

El Dr. *Fernández Sanz* opina que este caso no es de hemiatrofia facial, porque en ésta las lesiones interesan de un modo uniforme toda una mitad de la cara y nada más que á ella, siendo siempre progresivas, mientras que en el caso presente están limitadas á una región circunscrita de un lado de la cara, quedando en el mismo un vasto territorio completamente indemne, presentándose, en cambio, lesiones idénticas en otra región del cuerpo y siendo regresivas. Este caso debe calificarse por su patogenia de neuritis con lesiones tróficas de la piel diseminadas, y por el estado actual de las lesiones, de esclerodermia localizada, que no siempre es fatalmente progresiva.

El Dr. *Gayarre* se limita á preguntar al Dr. Arredondo si ha explorado la sensibilidad gustativa de la lengua y cuáles han sido los resultados de esta exploración.

El Dr. *Arredondo*, para rebatir los argumentos que se le han hecho, analiza la patogenia de la esclerodermia y de la trofoneurosis facial: dice que aquélla es una lesión elemental, anatomopatológica de la piel, á la que se llega por varios mecanismos, mientras que en ésta hay lesión de todos los tejidos. La esclerodermia no se cura, como no se cura ningún tejido escleroso, de donde deduce que este caso, que está en franca vía de curación, no es de esclerodermia.

Vuelve á insistir en los síntomas y marcha de la enfermedad para afirmar de un modo categórico que su enferma padecía trofoneurosis.

Contestando al Dr. Gayarre, dice que la sensibilidad gustativa estaba íntegra.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 21 de Marzo de 1906.

Indicaciones de intervención quirúrgica en los fibromas uterinos y operaciones que deben elegirse.—El Dr. *Castillo y Ruiz* divide su discurso en dos partes, una referente á las indicaciones en general de intervención quirúrgica, y otra á las operaciones que deben elegirse en cada caso particular.

Para abordar este asunto, dice, es necesario hacer algunas, aunque muy ligeras referencias, acerca de la topografía de los fibromas y de los sínto-

[illegible]

[illegible]

[illegible]

la segunda parte de su comunicación referente á las operaciones de elección en cada caso concreto. Divide á éstas en dos grupos: operaciones paliativas y curativas, y estas últimas en dos subgrupos: mutiladoras y conservadoras.

Defiende brillantemente el raspado, conceptuándolo como la operación paliativa por excelencia, y á la cual debe cuatro éxitos en cuatro enfermas operadas por él y afectadas de miomas de tipo metrítico, dos de ellas en las proximidades de la menopausia y en que dada la influencia que ésta tiene en el desarrollo de los miomas, debemos recurrir á esta operación á no ser que existan fenómenos de intolerancia tales, que indiquen otra intervención más seria ó ésta no dé resultado. Condena la operación de Hegar, por ser operación grave y de inseguros resultados, y pasa al estudio de las operaciones radicales, comenzando por las conservadoras, dedicando párrafos en defensa de estas intervenciones, por ser el ideal de la moderna cirugía el quitar el mal y respetar el órgano y su función, pero restringiendo estas operaciones para aquellos casos en que el tumor sea único ó todo lo más doble, pues los múltiples fibromas son tributarios de la histerectomía.

Fija las indicaciones de la miomectomía vaginal y abdominal en los miomas pediculados; si son subserosos, la ligadura y sección del pedículo y por la vía abdominal; si son pólipos submucosos, la torsión del pedículo y por la vía vaginal. Cuando sean sesiles, la enucleación abdominal para los subserosos y la enucleación combinada con histerotomía vaginal, ya anterior ó bien posterior, para los submucosos, condenando la miomectomía por fragmentación sin histerotomía vaginal, por ser operación ciega, sucia, insegura y grave. Los miomas grandes, submucosos, en que el parénquima uterino está degenerado, deben ser operados por histerectomía. Y finalmente, conceptúa como operación grave y que no debe practicarse la histerotomía abdominal y enucleación de los miomas submucosos.

Respecto de las operaciones mutiladoras, hace un paralelo entre la vía vaginal y la abdominal en la histerectomía, estableciendo como indicaciones de la vía baja la pequeñez del tumor, la falta de adherencias y de afecciones anexiales, juntamente con la amplitud de la vagina; los demás casos deben ser intervenidos por vía abdominal.

Llegado á este punto, establece una comparación entre la histerectomía abdominal total y subtotal, y recuerda las célebres discusiones habidas en la Sociedad de Cirugía de París acerca de este asunto.

La histerectomía total permite un desagüe, del que siempre es partidario, y que practica sistemáticamente en sus operadas, dejando abierta la vagina y cerrando la cavidad pelviana con peritonización, y el tejido celular pelviano en comunicación con el tubo vaginal, práctica que en nada perjudica á la convalecencia y garantiza el éxito quirúrgico. Por otra parte, evita la degeneración maligna del muñón, dato muy digno de tenerse en cuenta. Finalmente, la mortalidad de las histerectomizadas por uno y otro procedimiento la cree idéntica, practicadas las operaciones por manos hábiles; la facilidad operatoria no cree sea fundamento suficiente para practicar una intervención que puede ser origen de degeneración del muñón: la estética es un argumento falaz, y finalmente, la infección que pueda provocar la abertura de la vagina, que es un conducto más séptico

que la cavidad del cuello, si bien teóricamente es cierto, en la práctica y con buena desinfección no ocurre nada.

El Dr. Botín: En este asunto del tratamiento quirúrgico de los fibromiomas uterinos, pocos son los puntos sobre los que cabe ya discusión: todos estamos conformes en que debe hacerse siempre que se pueda cirugía conservadora, pero para esto, lo mismo que para elegir el procedimiento operatorio que convenga en cada caso, lo principal es hacer un diagnóstico exacto, no contentarse con diagnosticar «mioma del útero», sino diagnosticar la posición, la topografía del tumor dentro del órgano uterino.

Conocidas son las dificultades que las paredes del vientre oponen á una palpación combinada, y salvo casos excepcionales en que estas paredes son muy flácidas, aunque la enferma se preste de buen grado al reconocimiento y aunque ponga toda su voluntad en evitar las contracciones de sus músculos, la defensa natural de éstos contra una palpación algo profunda y casi siempre dolorosa es inevitable y suficiente para enmascarar las sensaciones que por la palpación combinada podamos proporcionarnos; por esto creo debiera emplearse más la cloroformización como el mejor medio para facilitar el diagnóstico de que hablaba, además de otros recursos, como la dilatación previa del cuello, sobre todo en los casos que sospechamos que el tumor es submucoso, pues por muchos datos que nos pueda dar el histerómetro, siempre será mejor y más exacto el tacto por medio del dedo.

Debo confesar que tengo mucha más afición por la vía abdominal que por la vaginal (siempre que se trate de tumores que puedan ser operados por ambas vías, con igualdad de condiciones) y no sé si será porque la mayoría de los casos de mi práctica los he operado por la primera de dichas vías, y precisamente de los tres únicos casos en que por fibromiomas he intervenido por la vagina, dos de ellos eran muy malos. El primero apenas merece mencionarse, por tratarse de un fibroma del labio anterior del cuello que se extirpó sin dificultad ninguna. El segundo era un mioma submucoso, que se herniaba por el orificio interno del cuello; incindí éste lateralmente y me encontré que el tumor estaba degenerado, desprovisto de su cubierta mucosa y de su cápsula, llenando toda la cavidad uterina; tuve que extirparle á trozos, presentándose las mayores dificultades al llegar á la implantación del tumor, que era ancha y estaba en el fondo del útero, teniendo que separarla de este punto con la tijera, sirviéndome de guía el dedo y con muchísimo cuidado, porque la pared uterina en este sitio estaba sumamente adelgazada. En el tercer caso se trataba de un fibroma complicado con un cáncer del cuello; la operación fué muy difícil, no sólo por el tamaño del fibroma, que era bastante grande, sino porque toda la pared anterior de la matriz estaba tan friable, que las pinzas no hacían presa firme, desgarrando todo el tejido y costándome mucho trabajo y mucho tiempo terminar la operación.

En casos como éstos la intervención vaginal resulta muy difícil, antiartística, sucia, hecha á ciegas en muchos momentos, sin poder asegurar (como en el caso segundo) si quedan partes del tumor dentro de la matriz y si es verdad que el peligro de infección es menor; por otra parte, pierde más sangre la enferma, aunque estas hemorragias nunca sean importantes

y se tarda doble tiempo que por laparotomía, factores ambos que tampoco son despreciables en ninguna operación.

En cambio, en las hicterectomías y miomectomías que he practicado por el vientre, siempre se han vencido las dificultades con más facilidad que por la vagina.

Voy á recordar uno solo de mis casos en que practiqué una miomectomía, porque quiero, no sentar una conclusión, sino emitir una opinión. La enferma fué operada de un tumor ovaricoquístico é intraligamentario, encontrándose además en el cuerpo del útero tres miomas subserosos, pediculados, el mayor del tamaño de una naranja pequeña, y que extirpé haciendo miomectomía según las reglas corrientes, y si no practiqué á esta enferma la histerectomía, fué porque se trataba de una mujer en la menopausia; fuera de estas condiciones, creo que en los casos de fibromiomas múltiples se debe extirpar el útero, porque cuando este órgano es asiento de varios tumores de esa clase, observamos que su tamaño va disminuyendo de mayor á menor, encontrándolos pequeños como avellanas, pudiendo tener seguridad de que en la trama muscular del útero existirán nódulos miomatosos que escapan á nuestro examen, y que una vez extirpados los miomas existentes, favorecemos su crecimiento y desarrollo, volviendo la enferma á nuestro poder pasado algún tiempo con su enfermedad reproducida, y aunque estas intervenciones han perdido mucha de su gravedad, tampoco son tan leves como para tener que repetirlas pudiendo evitarlas.

Otro punto sobre el que todavía hay diversas opiniones es el referente á la indicación de la operación en los casos de miomas tolerables.

Respecto de este punto hay que tener en cuenta varias circunstancias: una de ellas es la posición social de la enferma, que influye por motivos de todos sabidos; en una mujer que vive de su trabajo, que no puede guardar la quietud y reglas higiénicas necesarias durante los períodos menstruales, si el tumor produce menorragias, que no puede tener una alimentación nutritiva para reponerse entre regla y regla de las pérdidas sufridas, etc., está más indicada la intervención que en otra que por su posición pueda guardar las reglas necesarias.

Influye también la edad; yo me inclino del lado de los que sostienen la opinión de que cuanto más joven sea una enferma, más pronto debe operarse.

En una mujer ya en la menopausia ó cerca de ella, no hay inconveniente en esperar, porque aunque hay casos en que pasada la edad crítica siguen creciendo los miomas y aumentando las molestias, y hasta autores que, como ha dicho el Dr. Castillo, achacan á la menopausia el que estos tumores contienen su crecimiento, lo natural es que cesen de crecer y cedan los síntomas, y si en algunas enfermas siguen las hemorragias, muchas veces es debido á las lesiones del endometrio que acompañan á los miomas; por eso en estos casos creo muy indicado el raspado de la mucosa uterina; buena prueba de ello es el caso relatado por el Dr. Castillo.

En cambio, en una mujer joven, en que el aparato genital está en todo el esplendor de su funcionamiento, lo único que puede esperarse, dicen los partidarios de la intervención, es que cada vez sea mayor el tumor, mayores las hemorragias, dolores, etc., en una palabra, que aumenten todos los

[illegible] alcance. Que [illegible] puede tener lugar [illegible] en un caso que yo he visto, es á que el tumor de la mujer [illegible] en un pequeño mioma de la cara anterior de la matriz, y que [illegible] cuando yo vi á la enferma [illegible] y en [illegible], pasaba tres años [illegible] de la [illegible] y porque [illegible], que el profesor que [illegible] se vió obligado á practicar la [illegible], sintió dolores que á la [illegible] que tenía [illegible] fin operada, [illegible] que [illegible] de la matriz, y le le [illegible] que vi, que salían de dolores [illegible] en que se le [illegible] que tu mero tiene [illegible] [illegible] y [illegible] que es un órgano que debe respetarse, pero [illegible] que si no es causa de [illegible], y sobre todo, de cierta clase de peligro para el parto. Estas son las que [illegible] un embarazo: en todas aquellas que están expuestas á sufrir un embarazo, se debe intervenir, y mejor [illegible] aconsejar la intervención, no en toda clase de miomas, pero sí en los [illegible] y sobre todo en los que se desarrollan en el segmento inferior del útero y en los de evolución pélvica, en los cuales se puede pronosticar casi con seguridad que el parto será imposible: en [illegible], repito, se debe aconsejar la intervención en cuanto se diagnostique, hacerla [illegible] conservadora, pero [illegible] hasta la histerectomía si es preciso, porque cuando un tumor como los que acabo de decir se complica con un embarazo, expone la vida la mujer durante el embarazo, durante el parto y durante el puerperio: ya sé que ha habido casos en que los partos han terminado felizmente, pero son la excepción, y en cambio, están llenas las estadísticas de interrupciones del embarazo por hemorragias, por placentas previas, etc., de tener que intervenir en este mismo período por hacerse intolerable el mioma, bien porque se inflame ó por la misma de compresión ó producir agudos dolores, por peritonitis, etc. Durante el parto, presentaciones viciosas, fetos aplastados por el tumor, histerectomías abdominales realizadas la mayoría en malísimas condiciones durante el puerperio, retención de placenta por implantación de este órgano sobre el tumor, hemorragias mortales, muertes por infección, en fin, si con todos estos peligros no estamos autorizados para intervenir como medida profiláctica en previsión de un embarazo, entonces es que la mujer no ha traído á este mundo más misión que parir, y ante la probabilidad, aunque muy remota, de lograr un hijo en estas condiciones, no importa que se juegue la vida corriendo tales riesgos.

El Secretario de actas,
DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Enterocolitis infantil de forma colapsante.—En *Clínica y Laboratorio*, de Zaragoza, publica D. Alberto Sánchez de Fuentes, el caso clínico referente á un niño de veintiún meses de edad, de padres en perfecto estado de salud, sano; sufrió un catarro intestinal de esos tan frecuentes en el verano, por trastornos digestivos. A los diez días de tener dicho catarro intestinal, que

no consiguió modificar un conveniente tratamiento, las deposiciones se aumentaron (se desarrolló la enterocolitis), decayeron sus fuerzas y la criaturita entró en un estado depresivo muy marcado, pulso frecuente, débil, cara desencajada, en cuyas condiciones llegó un momento en que hubo: descenso rápido de la temperatura, profusa secreción de sudor, y el pulso se hizo cada vez más débil, apenas perceptible, lo que unido al enfriamiento, palidez de la cara y cianosis de los labios, completó el cuadro del colapso cardíaco.

Llamado el Dr. D. Federico Rubio y Amoedo, se hizo cargo del enfermito, diciendo se trataba de una enterocolitis muy intensa, y apreciando síntomas de depresión bulbar, todo lo cual hizo bastante grave el pronóstico.

En pocos días hubo enflaquecimiento apreciable, y ocupaba la cama en decúbito pasivo. El vientre estaba deprimido, sus paredes secas, como marchitas, revelaban las enormes pérdidas líquidas sufridas, y cogiendo con la mano un pliegue cutáneo en la pared abdominal, y abandonándolo después, éste se quedaba formado, signo que expresaba que los tejidos se encontraban faltos de vida, de elasticidad. Tenía diarreas verdes, muy verdes (verde de serpentina), poco abundantes en cantidad, pero muy frecuentes y repetidas, pues llegaron á 16, 19 y 24 en las veinticuatro horas. Estas deposiciones eran precedidas por contorsiones dolorosas, en las que ponía se el enfermito en décubito prono, con rechinamiento de dientes y cara de gran angustia, buscando así seguramente alivio. Un sudor abundante, frío, invadía todo su cuerpo, con una temperatura de 35°,8 y 36°, y un pulso que osciló entre 130 y 155 pulsaciones por minuto, siendo débil, pequeño, miserable. Aun durante la noche, sus ojos permanecían abiertos, desprovistos de brillantez, hundidos é indiferentes á todo; si se pasaba la mano, ó cualquier objeto, por delante de ellos, no reaccionaban. Los colapsos se repitieron; llegaron al número de 5 en toda la enfermedad, y aparecían siempre después de ocho ó nueve deposiciones, llegando á hacerse imperceptibles los latidos cardíacos, los de ambas radiales. Duró la enfermedad unos veinte días, sobreviniendo una noche: estreñimiento súbito, vómitos é hiperestesia abdomidal, facies más alterada, más angustiosa que nunca. Pasó aquella noche, y al día siguiente se desvaneció el cuadro complicatorio, volvieron las diarreas, no hubo más vómitos, el rostro se animó algo, y desde aquel momento comenzó á mejorar, siendo dado por fin de alta completamente curado.

Con toda idea he procedido á exponer el caso sin hablar de la terapéutica seguida, ni hacer reflexión alguna, para así, de modo concreto, poder presentar los hechos morbosos.

Se hizo la hipodermoclisis de suero artificial de Hayem, asociado á la cafeína, en cantidad de 100 á 200 gramos, dados cada cuatro horas, ó antes si el estado del pulso, la calorificación, etc., lo indicaban.

En pleno colapso, dándole las inyecciones de suero, aún aquel pulso, imperceptible de todo punto, comenzaba á levantarse, y pronto se hacía lleno, desenvuelto, vigoroso, siendo este caso un modelo bastante expresivo de cuanto es posible esperar (en casos análogos) de dichas inyecciones de suero artificial. La vía hipodérmica es, á no dudarlo, en Pediatría, un proce-

dimiento valiosísimo. Dadas las condiciones de muchos enfermitos y la necesidad de acosar pronto.

Para curar el proceso gastro-intestinal, responsable de todo, procurando combatir el estado séptico existente y evitar las diarreas, se empleó como astringente el tanagrano, y á pesar de sus brillantes resultados que se obtienen con él en muchas ocasiones, no modificó en nada las diarreas en este caso. Fué sustituído por el orfol, que con sus propiedades antiasmáticas de una parte y antisépticas de otra, modificó pronto en unión con el láudano, aquel peristaltismo tan enorme, así como la toxemia intestinal.

Se le administró de

Orfol	3 gramos.
Poción gomosa	200 —

Mezcle.

Para tomar una cucharadita de café cada tres horas.

Enemas de

Láudano líquido	1 gota.
Cocimiento de ratanea	30 gramos.
Yemas de huevo	media.

Mézclese.

Un enema cada cuatro horas.

Como alimentación, leche helada en cantidad de una cucharadita de café, que se fué aumentando progresivamente, por haber insuficiencia gástrica, cada media hora. También se asoció el láudano á las cucharadas de orfol.

Cuando sobrevinieron los fenómenos indicados de peritoneo, se actuó, según es costumbre en tales casos, con aplicaciones frías sobre el vientre (paños mojados en agua helada) con observación del pulso para no ser sorprendido por la acción depresiva del frío. — Saraena.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 27 de Marzo de 1906

Enfermedades epidémicas y exóticas de las colonias en 1904. — El Dr. Kermorgant: Las enfermedades observadas pueden dividirse en dos categorías: en la primera entran las enfermedades comunes en nuestros climas, y en la segunda las más especiales á los países tropicales.

A) Entre las primeras es necesario citar: *coqueluche*, *difteria*, *fiebre tifoidea*, *gripe*, *meningitis cerebro-espinal*, *parótidas*, *sarampión*, *tuberculosis*, *vi-*

ruela y *varicela*. De todas ellas, las que merecen una mención más particular son : la *fiebre tifoidea*, cuyo número de casos ha sido inferior al de los años precedentes en San Pedro y en Miquelou, á consecuencia de las mejores condiciones en que se verifica el transporte de nuestros marinos pescadores; en cambio han sido registrados 47 casos en Tonkin, cifra que ciertamente está por debajo de la realidad, teniendo en cuenta que se han señalado al mismo tiempo muchos casos de embarazo gástrico febril de larga duración. La *gripe* ha tomado definitivamente carta de naturaleza en las altas llanuras de Madagascar y causa numerosas defunciones entre los indígenas. Las *parótidas* son excesivamente frecuentes cada año en los grupos militares, indígenas é indochinos, y también deben desarrollarse con frecuencia en la población civil, por estar en íntimo contacto con ellos. La *tuberculosis* ha sido indicada en casi todas nuestras posesiones, y es cada vez más frecuente en las del Oeste africano, entre las poblaciones indígenas no musulmanas que se entregan al alcoholismo; también aumenta en nuestra colonia del Extremo Oriente. La *viruela* reina en el Africa Occidental, India, Madagascar é Indo-China, donde se ha observado una recrudescencia en virtud de una mayor relajación en el servicio de la marina.

B) Entre las enfermedades más especiales á los países cálidos debemos mencionar el *beriberi*, observado en muchas localidades de la Cochinchina y del Tonkin; el *cólera*, que existe en forma epidémica en varios puntos de la India y en nuestra gran colonia de Indo-China; la *diarrea* y la *disentería*, observadas en las Antillas, en Guyana, en la costa occidental del Africa, en Madagascar, en la India, en Nueva Caledonia y en la Indo-China. La *disentería* ha revestido un carácter infeccioso en Cochinchina, donde se han registrado 828 casos que ocasionaron 75 defunciones. La *fiebre amarilla* sólo se ha desarrollado en Gran-Bassam, al comenzar el año, en forma de algunos casos que siguieron á los del año precedente. Las *afecciones del hígado* han sido frecuentes; la *hepatitis* es cada vez más común en muchas colonias, especialmente en Madagascar, donde parece aumentar á la par que las cantidades de alcohol consumidas por los europeos. La *lepra*, observada casi en todas partes, parece que tiende á propagarse, aunque no se ha fijado el número de leprosos existente en cada una de nuestras colonias. La *enfermedad del sueño* se extiende en forma nada tranquilizadora para nuestras posesiones de la costa occidental del Africa; su frecuencia está en relación con la presencia de la mosca tsé-tsé, que se encuentra por todos lados desde que se ha llamado la atención sobre este insecto vector de los *tripanosomas*. La *peste* sólo ha azotado el Tonkin y el territorio de Quang-Tchéon-Wan (China), que ha sido muy castigado, puesto que han ocurrido 4.677 defunciones en la población china. El *paludismo* ha reinado, como en los años precedentes, en casi todas nuestras colonias; se observa, sin embargo, su regresión en las localidades donde se persigue metódicamente la destrucción de las larvas de anofeles, donde se protegen mecánicamente las habitaciones, y donde se usa regularmente la quinina á título de preventiva ó de curativa.

Las lentes amarillas en oftalmología. — El Dr. Motais : Para proteger los ojos sensibles de la acción de la luz, empleo desde hace quince años lentes amarillas, ligeramente anaranjadas, llamadas lentes amarillas higiénicas,

las cuales dan una luminosidad especial. El cielo y los objetos están iluminados por tonos suaves muy agrabables al ojo, y á pesar de dicha luminosidad producen un efecto calmante, de modo que con tonos proporcionados á la intensidad de la luz ó á la hiperestesia retiniana, se pueden preservar los ojos más sensibles. Son tanto más agradables cuanto más intensa es la luz, como en el sol de Argelia y de Egipto el reflejo deslumbrador de la nieve y de las arenas de las playas. En las montañas y en automóvil, su claridad permite distinguir rápidamente y sin fatiga los vastos horizontes. Los ojos irritables, aunque posean una agudeza visual normal, encontrarán, pues, gran ventaja en sustituir el tinte triste de los cristales azules ó ahumados por la impresión agradable de los amarillos; pero esta sustitución se impone cuando la agudeza visual está notablemente disminuída (retinitis, coroiditis, miopía progresiva, atrofia de los nervios ópticos, queratitis, etc.).

Con los cristales azules ó ahumados estos enfermos no ven, y con los amarillos, cuando menos tan calmantes como los otros, la iluminación está apenas disminuída, incluso para los tonos obscuros. Según los experimentos de Gaval, reproducidos por Tscherming y otros, la doble acción iluminadora y calmante, contradictoria en apariencia, de los cristales amarillos, se explica por la supresión de los rayos químicos.

Mortalidad por tuberculosis en Francia y en Alemania. — El Dr. Huchard: Lo que domina la etiología de la tuberculosis es la habitación insalubre y el alcoholismo. Para sanear las casas hace falta mucho tiempo, mientras que la guerra al alcoholismo podría comenzar inmediatamente si se quisiera; por esto, en Bélgica, se ha prohibido la venta del ajenjo.

(*Bull. Med.*, núm. 24, 1906).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 28 de Marzo de 1906.

Quiste ovárico voluminoso.—El Dr. *Poncet* refirió el caso de una mujer á la que operó en 1889 un quiste voluminoso del ovario que pesaba 60 kilos, y contenía 50 litros de líquido. Se trataba de un tumor poliquístico, con grandes adherencias, que costó bastante trabajo extirpar. La enferma curó perfectamente.

Botriomicosis humana.—El Dr. *Hartmann* citó 27 casos más de botriomicosis humana, 2 personales y los restantes observados por Dujarier, Lecène, Lenormand, Silhol y Thiéry.

El estudio de estos 27 casos confirma en todos sus puntos las observaciones hechas por Poncet y Dor, quienes desde hace varios años se ocupan de la botriomicosis humana y han publicado acerca de ella trabajos interesantes. La naturaleza específica de los tumores botriomicósicos no es admitida hoy ni por la escuela de Lyon. Tampoco deben considerarse los botriomicomas como granulaciones carnosas simples, de las que se diferencian por más de un carácter anatómico y clínico. El Dr. Hartmann propo-

ne, de acuerdo con el Dr. Lecène, designar en adelante estos tumores con el nombre de *granulomas telangiectásicos*, término que sin prejuzgar el origen de dichos tumores, recuerda dos de sus principales caracteres anatómicos.

El Dr. *Broca* dijo que había observado 3 casos de botriomicomas en hombres y 2 en niñas. No cree que estos tumores sean causados por un agente específico, ni tampoco conviene identificarlos con las granulaciones. A su entender estos tumores tienen una gran semejanza no patológica, sino clínica, con ciertos granulomas del ombligo que se observan en algunos recién nacidos.

El Dr. *Poncet* no cree que aunque no se ha encontrado microbio específico en los botriomicomas, pueda deducirse de esto que no se trata de una afección particular. Por el pronto y hasta que conozcamos á fondo la verdadera naturaleza de esta afección, parece lógico conservar el nombre de botriomicoma, que indica al menos la gran semejanza clínica que existe entre las lesiones humanas y las botriomicósicas específicas del caballo.

A propósito de una nueva observación de botriomicoma del índice que le ha comunicado el Dr. Leriche, llamó la atención el Dr. Poncet sobre un nuevo signo clínico de estos tumores, signo perfectamente caracterizado en el caso referido, y que consiste en un olor soso especial que exhala el hongo botriomicósico.

Anestesia por la escopolaminamorfina.— El Dr. *Routier* cree que se ha exagerado la influencia favorable ejercida por la escopolaminamorfina sobre la marcha de la anestesia clorofórmica. En realidad, los enfermos reaccionan con el cloroformo de una manera variable, no sólo según los individuos, sino para un mismo individuo, según los casos: nada hace variar ni los aparatos perfeccionados, ni las inyecciones subcutáneas; todo consiste en la manera de administrar el cloroformo. El Dr. Routier sigue concediendo más importancia á un buen cloroformizador que emplea sólo la compresa, que á todos los procedimientos y aparatos de cloroformizar llamados «perfeccionados», los que—á juzgar por las estadísticas—no han conseguido suprimir en absoluto cuando menos dos de los inconvenientes principales de la cloroformización: la excitación pre-anestésica y los vómitos post anestésicos.

El Dr. *Terrier* manifestó que las conclusiones del informe del Dr. Walther confirma por completo las suyas. Añadió que en la actualidad su estadística personal de anestesias por la escopolaminamorfina comprende 71 casos, y en todos ellos la anestesia clorofórmica después de la inyección de escopolaminamorfina, no fué seguida de incidente alguno. Todo lo contrario, enfermos que habían sido antes anestesiados una ó más veces con el cloroformo solo, y en los que la cloroformización fué acompañada de molestias y hasta de accidentes, quedaron anestesiados de una manera verdaderamente ideal por la escopolaminamorfina asociada al cloroformo.

El Dr. *Chaput* dijo que había empleado en 30 casos la escopolaminamorfina combinada con la anestesia por el cloretilo ó por el éter, sacando las mismas conclusiones que la mayoría de sus colegas respecto á las ventajas del nuevo agente anestésico. La escopolaminamorfina asociada al éter tiene la ventaja de disminuir de un modo considerable la congestión bron-

quial, y quizá también la tendencia á las congestiones pulmonares. Cree asimismo, que es ventajoso combinar las inyecciones subcutáneas de escopolaminamorfina con las subcutáneas ó intrarraquidianas de cocaína ó de estovaína para la anestesia local ó medular.

El Dr. *Monod* indicó que en el caso que ha referido, los accidentes fueron ocasionados por la escopolamina.

El Dr. *Segond* dijo que había empleado la anestesia por la escopolaminamorfina, según la técnica de Terrier-Desjardins, en 20 laparatomías practicadas en mujeres nerviosas. Cree que en la actualiad no hay método más seguro para suprimir por completo el tumor pre-operatorio y los dolores post-operatorios, y para disminuir y atenuar en proporciones considerables los vómitos consecutivos á la cloroformización. El método está llamado á prestar grandes servicios en los nerviosos, en los alcohólicos y en todos los que, habiendo sido antes cloroformizados, necesitan serlo de nuevo.

Oclusión intestinal por el hiatus de Winslow. — El Dr. *Faure* leyó un informe acerca de un trabajo de los Dres. Jeambrau y Riche, en el que estudian la oclusión intestinal por el hiatus de Winslow. Este trabajo, inspirado por un caso de la práctica del Dr. Jeambrau, se funda en 17 más tomados de la literatura médica. No cree el Dr. Faure que el estudio detallado de los síntomas disminuyen gran cosa las dificultades del diagnóstico, que es difilísimo. Sin embargo, los signos de oclusión intestinal que coinciden con una tumefacción umbilical ó epigástrica, harán sospechar la posibilidad de una oclusión por el hiatus.

La anatomía y el desbridamiento del hiatus están bien estudiados en este trabajo. Para el desbridamiento, los Dres. Jeambrau y Riche aconsejan incindir la hoja anterior del epiplón gastrohepático á lo largo del borde superior de la primera porción del duodeno, que puede así hacerse descender, pasar entre el colédoco y la vena porta, siendo factible de este modo dividir la hoja posterior de este epiplón. El Dr. Faure confesó no comprender bien las ventajas de esta técnica. Cree más sencillo incindir sencillamente la hoja peritoneal que pasa de la pared profunda del abdomen sobre el duodeno, verticalmente, á lo largo del borde derecho de la porta, descendiendo del duodeno, como se hace para descubrir la parte inferior de las vías biliares. De este modo es posible introducir el índice entre las venas cava y porta, rechazar el duodeno hacia adelante y, en resumen, ensanchar el diámetro del hiatus de Winslow.

Los autores aconsejan, en caso de oclusión, practicar la laparotomía, y si las asas intestinales están distendidas, hacer la enterostomía para vaciar el intestino. El Dr. Faure no es de esta opinión. Tiene de la abertura y de la punción del intestino en las oclusiones intestinales, recuerdos poco gratos, y cree que en estas condiciones es mejor, si la reducción parece imposible y el intestino está muy distendido, practicar inmediatamente la operación menos grave, es decir, el ano artificial, dejando para más adelante una operación complementaria si el enfermo sobrevive.

Colecistectomía por litiasis vesical.— El Dr. *Bazy* presentó una gruesa vesícula biliar, afectada de litiasis, que ha extirpado recientemente. La pieza patológica es interesante, porque puede explicar por qué en la litiasis biliar la vesícula está unas veces dilatada y otras retraída.

Según el Dr. Bazy, la dilatación ó la retracción de la vesícula depende únicamente del sitio en que principia la esclerosis, provocada por la presencia del ó de los cálculos. Si principia por el fondo de la vesícula y se extiende hasta el cuello, se produce una retracción progresiva de dicho órgano; al contrario, si comienza por el cuello, éste, al estenosarse, produce la retención del líquido intravesical—bilis ó moco—y la dilatación más ó menos considerable de la vesícula, dilatación que va acompañada de esclerosis progresiva de las paredes.

El sitio del cálculo—en el conducto cístico ó en el colédoco—carece, según el Dr. Bazy, de influencia sobre la dilatación ó la retracción de la vesícula.—(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 4 de Abril de 1906.

Metritis infecciosa crónica.— El Dr. *Addinsell* dijo que en los casos observados por él, hubo antecedentes infecciosos consecutivos al parto, al aborto, á la blenorragia ó á alguna intervención local. En ninguno de ellos hubo lesión importante, como fibromioma ó cáncer, y en todos el rasgo predominante que exigió la histerectomía fué la hemorragia persistente, excesiva é incoercible. Admite tres períodos en esta forma de metritis. En el primero los caracteres más importantes son inflamación perivascular, infiltración gradual de células redondas á lo largo de los vasos y que concluyen por invadir el tejido conjuntivo muscular, y proliferación de células redondas que rodean las glándulas mucosas que penetran en la profundidad de la pared muscular. El segundo se caracteriza por aumento de tejido fibroso, estado descrito por Bland-Sutton con el nombre de «fibrosis» y por Palmer Findley con el de «arterio-esclerosis». En el tercer período la vascularidad es mayor. El tejido fibroso degenera, los capilares se dilatan y es difícil descubrir tejido muscular. Sácase de lo que precede la conclusión de que la histerectomía suele ser necesaria cuando fracasan los medios ordinarios.

El Dr. *Blacker* manifestó que existen varios estados diferentes, todos asociados con hemorragia incoercible del útero, y conviene conocerlos. El doctor Addinsell ha tenido la precaución de excluir en sus casos los efectos posibles de la presenectud y del embarazo como factores etiológicos. Se necesitan más pruebas para afirmar que estos casos son debidos á la infección. Respecto al tratamiento, la vaporización del útero es de gran utilidad, y debe ensayarse siempre antes de practicar la histerectomía.

El Dr. *Griffith* se declaró partidario de la vaporización del útero en los casos de este género. Cree que son rarísimas las hemorragias incoercibles, hasta el extremo de exigir la histerectomía (excepto en los casos de cáncer y de fibroides).

El Dr. *Eden* negó que fueran inflamatorias las modificaciones de la musculatura uterina, expuestas por el Dr. Addinsell. La verdadera dificultad de interpretar los detalles histológicos de la pared uterina se debe á que

no se ha hecho un estudio perfecto de los tejidos del útero en los distintos períodos, del período en que la mujer es susceptible de concebir.

Gestación abdominal.—El Dr. *Mc Leod* narró el caso siguiente: La enferma, de treinta y cuatro años, casada y que no había estado embarazada hasta entonces, ingresó en el Hospital el 17 de febrero de 1906. La última menstruación la tuvo en noviembre de 1904. Dos meses después notó en la parte inferior del abdomen un abultamiento, apareciendo un flujo vaginal de color obscuro. La enferma creyó se trataba de un embarazo normal y dispuso todo para el parto, que según sus cálculos, debía ocurrir en la última semana de agosto de 1905. A fines de dicho mes se produjo un parto falso, pero los dolores desaparecieron, y las mamas y el abultamiento abdominal disminuyeron de volumen. Esta mujer siguió disfrutando de buena salud, pero el día antes de ingresar en el Hospital sintió dolor en el abdomen y tuvo fiebre y vómitos. Se diagnosticó gestación abdominal con infección reciente del saco, y la enferma fué operada al día siguiente. Se extrajo un feto de término en putrefacción. La cavidad peritoneal fué aislada completamente del saco que contenía el feto, y no se abrió durante la operación. Entre el saco y el intestino existía un pequeño orificio de comunicación. Se dejó aplicada una mecha de gasa y se aseguró además el desagüe, haciendo una incisión en la parte posterior de la bóveda vaginal. El estado general de la enferma mejoró bastante después de la operación. La herida abdominal se ha cerrado.

(*The British Med. Journal*). — F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 9 de Marzo de 1906.

Parálisis saturnina.—El Dr. *Luis Teleky* presenta 5 casos de parálisis saturnina que afecta á varios grupos musculares, y llama la atención, con este motivo, á la relación que existe entre la parálisis y el esfuerzo de determinados grupos musculares que exigen algunas profesiones.

El Dr. *Julio Zappert* recuerda que en el niño la parálisis saturnina afecta de preferencia las extremidades inferiores y no suele interesar las superiores hasta más tarde, siendo la razón de esto el hecho de que el niño usa muy poco de sus manos y de sus brazos y en cambio usa mucho más de sus extremidades inferiores, saltando, corriendo, etc.

Resultados terapéuticos de la antitoxina tetánica. — El Dr. *Jorge Lotheisen* presenta un hombre de cuarenta y seis años, que habiendo sido arrollado por un carro, sufrió una grave herida contusa y por desgarro en el dorso del pié derecho. Al segundo día del accidente se le inyectó antitoxina tetánica, á pesar de lo cual sobrevinieron ligeros síntomas de tétanos, hecho sumamente excepcional.

Cirrosis alcohólica en un niño de seis años y medio.—El Dr. *Rodolfo Neurath* presenta un niño de seis años y medio con cirrosis hepática consecutiva al consumo habitual de $^1/_2$ á 2 litros de sidra al día. Disnea, vientre colosal gran edema de la piel abdominal, de las extremidades inferiores y del es-

croto; dilatadas las venas del vientre y en el interior de éste gran cantidad de líquido. El hígado aparece aumentado, al menos en su lóbulo derecho, su borde inferior se palpa por debajo del centro de la línea xifoidea-umbilical. También se palpa un bazo infartado y duro. Corazón normal; orina escasa y sin albúmina; algo de vómito matutino. El sueño es inquieto y en las enfermedades febriles intercurrentes va acompañado de gran delirio y de ensueños terroríficos.

Los diaforéticos, los diuréticos y la abstención de alcohólicos no han dado gran resultado. Acaso habrá que pensar en la operación de Talma.

Prótesis del maxilar inferior.—El Dr. *Bertoldo Spitzer* presenta una enferma á la que se le desarticuló la mitad izquierda del maxilar inferior hasta el canino á causa de un sarcoma. El resto del maxilar había quedado atraído hacia la izquierda, atrás y abajo por el tejido conjuntivo cicatrizal. En vista de esto, el autor, á los catorce días de la operación, consiguió por medio de un tratamiento protético distender dicho tejido hasta conseguir que el maxilar inferior quedara en su posición normal.

En otro caso relativo á una enferma operada por un carcinoma del maxilar inferior que se resecó desde el segundo premolar inferior izquierdo hasta cerca del ángulo derecho, inmediatamente después de la operación, se fijó por medio de tornillos al muñón óseo y en su tercio inferior un alambre de oro ensanchado á martillazos en sus extremos y encorvado convenientemente. Además de este alambre, sobre el cual se cosió la mucosa, para fijar mejor los extremos óseos y como apoyo de los labios en el tercio superior del muñón, se colocó una tira de plata (previa perforación), por medio de alambres también de plata. El alambre de oro que se halla colocado entre la mucosa y la piel lo toleran muy bien los tejidos que le rodean.

Perforación del conducto cístico; peritonitis consecutiva; operación y curación.—El Dr. *Hans de Haberer* presenta un individuo de cincuenta y cinco años, que ingresó el 7 de enero último con el diagnóstico de «íleo». Practicada en el acto la laparotomía media y después de incindido en muy poca extensión el peritoneo, estalló éste en toda la longitud de la herida y salieron al exterior asas muy dilatadas del intestino delgado con otras de aspecto normal, pero todas ellas con una serosa muy congestionada. No se encontró ningún obstáculo en el tubo digestivo, pero de pronto salió un líquido seropurulento de la región de la vesícula biliar. Se incomunicó inmediatamente el hipocondrio izquierdo con el resto del abdomen, y por medio de una incisión perpendicular á la primera se hizo accesible la vesícula que apareció de tamaño normal, pero tensa y de color rojo azulado obscuro. Penetrando con cuidado se llegó á tropezar con pus procedente de una rotura del conducto cístico, cuya rotura había sido producida por una concreción que asomaba por la misma. Practicada entonces la cistotomía típica en un tiempo, salió de la vesícula bilis mezclada con pus y sin gran dificultad se extrajo con la cucharilla el cálculo que estaba atascado en el conducto cístico y que tenía un tamaño mayor que una judía. Un tubo introducido profundamente en el conducto, estableció el desagüe de sifón y con una sutura abdominal un tanto laboriosa se terminó el acto quirúrgico. Al día siguiente se presentó una intensa irritación peritoneal,

pero después no sobrevino el menor incidente. La secreción biliar fué muy exigua al principio, pero hoy es insignificante.

Habituación al arsénico. — El Dr. *W. Heusmann* dice que como el toxicólogo experimentador califica de letal la dosis de una substancia que ocasiona incondicionalmente la muerte, el médico forense califica de letal la dosis mínima que ha bastado en algún caso para producir la muerte. Así, aunque los arsenicófagos pueden tomar 42 centigramos de arsénico sin inconveniente, el médico forense tiene que calificar esta dosis de mortal, y en cambio el toxicólogo experimentador no puede expresarse del mismo modo. El autor ha experimentado en gallinas y en perros, á los que administró por la boca dosis lentamente crecientes de arsénico. Un perro que venía tomando arsénico desde junio de 1904, llegó últimamente á tolerar 1'30 gramos, ó sea 0'061 de As^2O^3 por kilogramo de animal, dosis que, según los experimentos de Buscher, es mortal con seguridad para un perro no habituado. Según Schäfer, en la orina de un arsenicófago que había tomado 0'4 gramos de arsénico no se encontraron más que indicios de arsénico. En los experimentos del autor se vió que la eliminación del arsénico se efectúa al principio casi exclusivamente por las heces fecales; después disminuye muchísimo, pero sin aumentar la proporción de arsénico eliminada por la orina. Según esto, con el uso prolongado del arsénico varía su modo de eliminación.

Hasta ahora se conocen mal los síntomas de abstinencia que se presentan en los arsenicófagos que renuncian de pronto á su vicio. El autor no ha observado el menor síntoma de abstinencia aun en casos en que el hábito tenía muchos años de fecha. Lo que se ha descrito como síntomas debidos á la supresión del arsénico, son los fenómenos que se observan cuando después de dicha supresión y por consecuencia del estado anormal en que al principio se encuentra el individuo, recae rápidamente éste después de una mejoría transitoria.

Secreción de cuerpos acetónicos en las afecciones de los genitales femeninos. — Los Dres. *Arnoldo Baumgarten* y *Hugo Popper* dicen que como resultado de los estudios que han hecho en 100 casos de afecciones ginecológicas de diversa naturaleza, creen que en los casos de diagnóstico difícil en que se trata de distinguir entre los tumores y los quistes de los anejos por una parte y los hematoceles, por otra, se puede utilizar para el diagnóstico del hematocele, como dato auxiliar, la existencia constante de grandes cantidades de acetona y de ácido diacético en la orina.

El Dr. *Guillermo Schlessinger* hace notar que según el estado actual de nuestros conocimientos, no es probable que la acetona reconozca por origen la albúmina de la sangre derramada. Sabido es que los accidentes súbitos y graves ocurridos en los órganos abdominales producen acetonuria más fácilmente que los procesos crónicos. Lo súbito de una hemorragia tubaria podría ser, por lo tanto, la causa de dicho síntoma.

El Dr. *Oscar Forderl* confirma las conclusiones de los disertantes, á juzgar por las observaciones que viene recogiendo desde hace dos años y medio. Respecto á la cuestión de si la existencia, en la orina, de gran cantidad de acetona, puede utilizarse como signo diagnóstico para diferenciar los embarazos extrauterinos rotos y hemorrágicos, de otros procesos, es problema

que sólo podría resolverse con experimentos irreprochables hechos en los animales.

El Dr. *Ricardo Paltauf* hace observar que hace años le viene interesando la existencia de acetona (apreciada por el olor) en algunos cadáveres y su eliminación durante la vida. Así, en un caso de sarcoma del muslo con grandes hemorragias, al abrirlo, despedía olor á acetona, y en efecto, el análisis químico comprobó la existencia de este cuerpo.

Los Dres. *Baumgarten* y *Popper* contestan que, como es natural, al hablar de la acetonuria como signo diagnóstico del hematocele, se comprende que hay que excluir las demás formas de acetonuria, tales como la diabética, los diversos fenómenos irritativos del peritoneo y las afecciones inflamatorias del intestino. Los autores se han limitado al estudio del síntoma en las afecciones ginecológicas. No creen que la inanición súbita haya que invocarla en estos casos, porque han observado que la acetonuria es menor en los casos de rotura reciente de la trompa que en los que tienen cierta antigüedad. — (*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Hiperleucocitosis artificial en las infecciones.—El Dr. Willis G. Macdonald ha leído un trabajo acerca de este asunto en la sesión anual de la *Sociedad Médica del Estado de Nueva York*. Si la teoría de Metchnikoff es exacta, dijo, el aumento de leucocitos debe proteger contra las infecciones y ayudar al organismo á combatirlas cuando se han desarrollado. Se ha demostrado que existen medios capaces de aumentar el número de leucocitos. Esta leucocitosis artificial es tan útil como la natural para combatir las infecciones. Ciertas substancias, como la disolución salina normal, el suero de caballo y las diversas antitoxinas, producen más ó menos leucocitosis. El ácido nucléico y sus derivados son inofensivos y producen leucocitosis acentuada. Según el Dr. Macdonald, la más eficaz de estas substancias es el nucleinato de sosa. Ha visto que á las doce ó veinticuatro horas de inyectarse el nucleinato de sosa existe leucocitosis marcada. Este medio es útil en los casos de heridas que corren peligro de infectarse antes de ser tratadas de buena manera y en la sepsis puerperal.

(*New York Medical Journal*, 17 febrero 1906).—F. TOLEDO.

Miopatía primitiva y deficiencia mental.—El Dr. Sforza describe un caso relativo á un muchacho de quince años, en el que la atrofia de todos los músculos del cuerpo, y la pseudohipertrofia de los músculos de la pantorrilla y de los glúteos estaban asociados con perturbaciones de la inteligencia. Con este motivo insiste en la doctrina defendida recientemente en Italia por Joffroy y Vizoli, según la cual las miopatías progresivas están en relación directa con los órganos nerviosos centrales. La cuestión de las relaciones que puede haber entre las cerebropatías infantiles y la atrofia mus-

cular progresiva, ha venido recientemente á ilustrar este asunto. Existen, en efecto, numerosas formas de parálisis infantil en las que la atrofia muscular coincide con trastornos de la inteligencia.

(*Policlinico*).—R. del Valle.

Tratamiento tópico del eczema de los niños de pecho.— Este eczema es casi siempre resultado de una autointoxicación digestiva; conviene ante todo modificar dichos trastornos, que resultan de la sobrealimentación ó del uso de leche de mala calidad. La leche de ciertas mujeres es verdaderamente tóxica para el niño que lacta, produce eczemas agudos y generalizados de gran intensidad; es preciso en estos casos ensayar la lactancia mixta ó recurrir á la artificial. Son indispensables los alcalinos, en particular, el citrato de sosa, los purgantes suaves y los lavatorios intestinales. Las manifestaciones cutáneas eczematosas deben tratarse con gran circunspección para evitar las repercusiones viscerales, en particular sobre los centros nerviosos, las convulsiones, etc. La pomada siguiente es utilísima para calmar el prurito y contener la exudación :

Vaselina.....	60 gramos.
Oleato de zinc.....	10 —

(*La Clinique infantile*, 15 marzo 1906).—F. Toledo.

Cianosis enterógena.—Los Dres. Hymans van den Bergh y A. Gruttierink, refieren varios casos de cianosis debida á la absorción de ciertos principios en el conducto intestinal. En cuatro enfermos que padecían de pereza de vientre ó de perturbaciones intestinales graves, se encontró sulfohemoglobina en la sangre. En otro grupo de enfermos que padecían de enteritis crónica intensa, que ocasionaba de cuando en cuando dolores de cabeza, sensaciones como de parálisis en los brazos y en las piernas y estados de colapso, había metahemoglobinemia.

La cianosis desapareció en todos estos casos con veinticuatro horas de dieta láctea absoluta, y volvió á presentarse tan pronto como se cambiaba dicha dieta por el régimen mixto.

El análisis de las heces fecales, de la orina y de la saliva, no logró descubrir la causa de la metahemoglobinemia; en cambio en los glóbulos de la sangre, pero no en el plasma, se encontraron nitritos que no existen en estado fisiológico, y cuyo origen no se sabe si es debido á una mayor producción de estas sales en el intestino, á que se absorban mejor por estar enferma la mucosa intestinal, ó á otra causa ignorada.

(*Berliner Klinische Wochenschrift*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE EL RESIDUO SÓLIDO DE LA ORINA

Y SU IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES RENALES

POR

D. JERÓNIMO PERALTA

Médico del Cuerpo de Sanidad militar.

En los riñones, como en los demás órganos, las alteraciones anatómicas en su textura se revelan por perturbaciones funcionales, que son las que primero llaman la atención del enfermo; perturbaciones funcionales que dada la complejidad del organismo, la solidaridad de todas sus partes constitutivas, la varia impresionabilidad de éstas y el estado en que se encuentre cada órgano ó aparato, cuando el sujeto cae enfermo, son causas de que los procesos no se revelen con la misma intensidad y de que en la clínica dibujen cuadros sintomáticos tan variados casi, como los individuos. Toda alteración anatómica va en general seguida de una perturbación funcional, y por lo tanto, todo órgano nos ofrece al par que su anatomía y fisiología normales, una anatomía y fisiología patológicas, cuando es asiento de alteraciones y cambios en la estructura de sus elementos y tejidos. El interés, la transcendencia que tiene en la clínica el conocimiento de la anatomía y fisiología patológicas, no es necesario encarecerlo, y sin embargo, aun cuando creemos que el conocimiento de la estructura es un factor indispensable para interpretar debidamente la función, no obstante, hay órganos que aun siendo conocidos anatómicamente al menos en la agrupación y relaciones de los elementos anatómicos que los integran, no son conocidos en su función; eso ocurre con los riñones, por ejemplo; el estudio de las alteraciones de textura que en ellos causan los varios procesos que suelen invadirlos, no nos ayudan gran cosa para el esclarecimiento de su misteriosa función. Hoy no sabemos sobre el

mecanismo de la secreción renal mucho más que sabíamos hace unas docenas de años; hoy, como antes, todas son conjeturas é hipótesis, y ¿á qué mencionarlas, si hoy nuestra ciencia no quiere otra base para edificar y proseguir su difícil labor que hechos, fenómenos tangibles, contrastados por la clínica y la experimentación? Fundados en esto, vamos á exponer nuestras modestísimas observaciones acerca de la cantidad del residuo sólido de la orina, y de las relaciones que tiene con los procesos que afectan al riñón, y especialmente con las nefritis.

El riñón es una glándula mixta, según las ideas hoy dominantes sobre la fisiología de las glándulas; es sabido que algunas glándulas no exteriorizan los productos de sus secreciones, no son eliminados al exterior, sino que pasan al torrente de la circulación, para difundirse por todo el organismo, desempeñando un papel, hoy por hoy, muy incompletamente conocido, pero cuyo concurso se considera como un factor indispensable para la normalidad funcional de la economía; éstas son las glándulas de secreción interna, como el timo, por ejemplo, cápsulas suprarrenales, etc.; pero hay otras que elaboran además ciertos productos destinados á ser expulsados al exterior; esto es, que estas glándulas ejercen un doble papel en el organismo, tienen una secreción interna y otra externa; tal ocurre con el testículo, riñón y otras. Concretándonos al riñón, nada diremos de su secreción interna, puesto que en el momento actual es poco menos que hipotética, ignoramos cuál es su naturaleza, no sabemos más respecto á sus propiedades fisicoquímicas, y en honor á la verdad, hemos de confesar que su existencia es muy problemática; haremos, pues, caso omiso de su estudio, y nos limitaremos sólo á la secrección externa, á la orina.

La orina es una solución acuosa compleja, en la que están disueltas una porción de substancias minerales y orgánicas, más ó menos nocivas para el organismo, y decimos más ó menos nocivas, porque las sales minerales, por ejemplo, no pueden ser consideradas como tóxicas para los tejidos, pero como son cuerpos que constantemente son introducidos en la economía con los alimentos y bebidas, ya por formar parte integrante de su composición, ya á título de condimentos, la sangre y los tejidos, si han de conservar su composición normal, tienen que eliminar al exterior el exceso de las sales mencionadas, y de no ocurrir así, han de ocasionar trastornos funcionales por la sobresaturación de los elementos celulares. Las sales y compuestos orgánicos, las materias extractivas, y todos los restantes

elementos engendrados por los cambios nutritivos, por la combustión y metabolismo orgánico, son verdaderos detritus, son los resíduos de la vida celular y, por consiguiente, su acumulación es incompatible con el funcionalismo normal de las células, son cuerpos, cuyas afinidades no responden á las exigencias de la célula viva, y constituyen, por lo tanto, verdaderos tóxicos para ellas. Siendo el riñón la glándula encargada de segregar de la sangre todos esos productos, creemos lógico considerar su secreción externa como meramente depuradora, pero no por eso es menos importante puesto que su principal misión es la de equilibrar la composición del líquido sanguíneo, restituyéndole las cualidades necesarias para el funcionalismo normal de la economía.

Cuando el riñón sea asiento de un proceso que interese sus elementos anatómicos y que al mismo tiempo que cambia más ó menos profundamente su estructura, trastorna también la nutrición y circulación del órgano, ¿qué ocurrirá? La función ha de estar alterada también y la magnitud é importancia de ese trastorno funcional ha de estar en razón directa de la intensidad y extensión de la lesión anatómica, y como quiera que ya hemos dicho que la secreción externa del riñón es esencialmente depuradora, las lesiones anatómicas de esas vísceras han de revelarse, á poco extensa qué sea la lesión, por una depuración insuficiente; esto es, las sales y restantes cuerpos disueltos en la orina bajan de su proporción normal, no se eliminan en la cantidad necesaria, y ó quedan retenidas en el organismo, ó se eliminan parcialmente por otros emunctorios complementarios; interin éstos ayudan al riñón, el organismo lucha y se defiende, pero cuando éstos también se trastornan por un exceso funcional, para el cual no están debidamente organizados, la lucha es imposible y el organismo sucumbe. Esto que por inducción suponíamos, dados nuestros conocimientos sobre la secreción renal, hemos tratado de comprobarlo prácticamente; en ensayos parciales nos había llamado la atención la escasa cantidad del resíduo sólido en la orina de los nefríticos muy avanzados ya en su proceso, pero nos era indispensable averiguar cuál es normalmente la cantidad del resíduo sólido eliminado con la orina segregada, en un plazo de veinticuatro horas, por el hombre en estado fisiológico; es verdad que ese dato consta en todos los tratados de química urológica, pero su significación, tomando ese dato en abstracto y tal como figura en los tratados, carece de interés ó poco menos; los autores consignan las cifras extremas (máxima y mínima), entre las que fluctúa el

residuo sólido, y sus límites, con ser muy ámplios, no dan idea de las diferencias que se aprecian entre las dosificaciones del residuo sólido de la orina correspondiente á distintos días y á un mismo individuo, y si comparamos las cifras de los residuos eliminados por individuos distintos, las diferencias son más notables aún. Por esa razón creemos que ese dato, tomado en abstracto, carece casi de significación y valor. Nosotros hemos procurado, á fin de evidenciar su importancia y utilidad en la clínica, relacionarlo con el peso del individuo.

Hemos inquirido con verdadero interés en la literatura médica, que está á nuestro alcance, si existía algún trabajo de esta índole, para tomarlo como base de nuestras investigaciones, nada hemos encontrado; los autores se ocupan con todo el detenimiento necesario de la dosificación del residuo sólido de la orina, ponen de relieve las dificultades técnicas que impiden su exacta determinación, describen los procederes utilizados y hacen el juicio crítico de ellos; en una palabra, tratan del residuo sólido con toda la amplitud necesaria, pero miran el asunto bajo un sólo punto de vista, como operación química, limitándose á señalar los límites en que fluctúa el residuo sólido en un hombre adulto en estado de salud; nosotros lo consideramos bajo un aspecto distinto, nosotros lo relacionamos con el peso del individuo en estado normal para que nos sirva de término de comparación, indispensable y necesario en la determinación ó dosificación del residuo sólido en las afecciones renales; no nos limitamos á dosificar tal ó cual cuerpo normal ó patológico, de los que la orina contiene, dosificamos la totalidad de ellos. No ignoramos la casi imposibilidad de dosificar exactamente, hoy por hoy, el residuo sólido de la orina, cualquiera que sea el método y procedimiento que se utilice, porque en todos ellos se producen reacciones secundarias por la descomposión de las substancias orgánicas y especialmente de la urea, que dan origen á pérdidas de gases que aun recogidos convenientemente y dosificados, complican el manual operatorio y falsean los cálculos analíticos; convencidos de eso, hemos procurado hacer todas las dosificaciones por el mismo procedimiento, y aun cuando ninguna de ellas sea exacta, la uniformidad con que han sido recogidos esos datos les da, en nuestro concepto, un valor aceptable. Para la determinación del residuo sólido de la orina en los individuos en estado fisiológico, hemos utilizado hombres de veinte á veinticinco años, de buena salud habitual, sometidos á un régimen alimenticio mixto, uniforme para t

dos y cuyos equivalentes nutritivos bien proporcionados rinden las calorías necesarias, quizá con exceso; los individuos han estado durante los diez ó doce días necesarios para la experiencia ú observación, en reposo; hemos practicado cuatro análisis de orina por individuo, dosificando el resíduo en la orina total de las veinticuatro horas, y hemos tomado el peso del sujeto al finalizar la observación, con el fin de relacionar el peso del resíduo sólido al kilogramo de materia viva.

El resultado de nuestras observaciones es el siguiente:

M. L., de 22 años de edad. — Febrero de 1905

Cantidades de orina en las veinticuatro horas....	Día 9.. 2.000 gramos.....	Cantidad media, 1.865 grs.	Peso de este individuo, 61 kilogr. Cantidad media del resíduo sólido, 62,42 divididas por 61 kilogramos, es igual á 1,02 gramos. RELACIÓN 1 kilogr. = 1,02 gr.
	» 13.. 1.560 »		
	» 20.. 2.000 »		
	» 25.. 1.900 »		
	Total.. 7.460 : 4 = 1.865 gramos.....		
Cantidades del resíduo sólido en cada orina.....	1.° ... 66,00 gramos.....	Cantidad media, 62,42 grs.	
	2.°. .. 62,40 »		
	3.°.... 70,00 »		
	4.°.... 51,30 »		
	Total.. 249,70 : 4 = 62,42 gramos.....		

D. C., de 21 años de edad. — Marzo de 1905

Cantidades de orina en las veinticuatro horas....	Día 1.° 1.400 gramos.....	Cantidad media, 1.537 grs.	Peso de este individuo, 48 kilogrs. C. m., 67,23 : 48 kilogramos = 1,40 RELACIÓN 1 kilogr. = 1,40 gr.
	» 6. 1.650 »		
	» 9. 1.600 »		
	» 14. 1.500 »		
	Total... 6.150 : 4 = 1.537 gramos.....		
Cantidades del resíduo sólido en cada orina.....	1.°.... 29,40 gramos.....	Cantidad media, 67,23 grs.	
	2.°.... 74,25 »		
	3.°.... 100,80 »		
	4.°.... 64,50 »		
	Total.. 268,95 : 4 = 67,23 gramos.....		

P. R., de 21 años de edad. — Marzo de 1905

Cantidades de orina en las veinticuatro horas....	Día 18. 1.500 gramos.	Cantidad media, 1.675 grs.	Peso de este individuo, 56 kilogrs. C. m , 61,52 : 56 kilogramos = 1,09 gr. RELACIÓN 1 kilogr. = 1,09 gr.
	» 23. 1.500 »		
	» 26. 1.700 »		
	» 30. 2.000 »		
	Total.. 6.700 : 4 = 1.675 gramos..... ...		
Cantidades del resíduo sólido en cada orina.....	1.°. .. 60,00 gramos....	Cantidad media, 61.52 grs.	
	2.°.... 64,50 »		
	3.°.... 47,60 »		
	4.°. .. 74,00 »		
	Total.. 246,10 : 4 = 61,52 gramos....		

R. B., de 21 años de edad. — Abril de 1905

Cantidades de orina en las veinticuatro horas....

Día 3.. 1.500 gramos.....
» 7.. 1.300 »
» 11.. 1.700 »
» 16.. 3.000 » ..
Total.. 7.500 : 4 = 1.875 gramos.....

Cantidad media, 1.875 grs.

Cantidades del residuo sólido de cada orina .....

1.°.... 67,50 gramos.....
2.°.... 65,00 »
3.°.... 88,40 »
4.°.... 120,00 » .....
Total.. 340,90 : 4 = 85,22 gramos.....

Cantidad media, 85,22 grs.

Peso de este individuo, 65 kilogr.
C. m., 85,22 : 65 = 1,33 gramos.

RELACIÓN

1 kilogr. = 1,33 grs.

C. P., de 21 años de edad. — Abril de 1905

Cantidades de orina en las veinticuatro horas....

Día 5.. 1.450 gramos.....
» 17.. 1.200 »
» 20.. 1.600 »
» 25. 1.200 » .....
Total.. 5.450 : 4 = 1.362 gramos.....

Cantidad media, 1.362 grs.

Cantidades del residuo sólido de cada orina.....

1.°.... 40,60 gramos.....
2.°.... 48,00 »
3.°.... 59,20 »
4.°.... 62,40 » .....
Total.. 210,20 : 4 = 52,55 gramos.....

Cantidad media, 52,55 grs.

Peso de este individuo, 64 kilogrs.
C. m., 52,55 : 64 = 0,82 gramos.

RELACIÓN

1 kilogr. = 0,82 grs.

L. B., de 21 años de edad. — Mayo de 1905

Cantidades de orina en las veinticuatro horas....

Día 19. 1.000 gramos.....
» 22. 1.350 »
» 27. 1.450 »
» 31. 1.150 » .....
Total.. 4.950 : 4 = 1.237 gramos.....

Cantidad media, 1.237 grs.

Cantidades del residuo sólido de cada orina.....

1.°.... 55,00 gramos.....
2.°.... 64,00 »
3.°.... 58,00 »
4.°.... 57,50 » .....
Total.. 234,50 : 4 = 58,62 gramos.....

Cantidad media, 58,62 grs.

Peso de este individuo, 52 kilogrs
C. m., 58,62 : 52 kilogrs. = 1,12 grs.

RELACIÓN

1 kilogr. = 1,12 grs.

C. R., de 21 años de edad. — Junio de 1905

Cantidades de orina en las veinticuatro horas....

Día 10. 1.400 gramos.....
» 15. 1.250 »
» 19. 1.000 »
» 22. 1.200 » .....
Total.. 4.850 : 4 = 1.212 gramos.....

Cantidad media, 1.212 grs.

Cantidades del residuo sólido en cada orina.....

1.°.... 79,80 gramos.....
2.°.... 65,00 »
3.°.... 62,00 »
4.°.... 64,80 » .....
Total.. 271,60 : 4 = 67,90 gramos.....

Cantidad media, 67,90 grs.

Peso de este individuo, 58 kilogrs.
C. m., 67,90 : 58 kilogrs. = 1,17 grs.

RELACIÓN

1 kilogr. = 1,17 grs

P. C., de 22 años de edad.—Agosto de 1905

Cantidades de orina en las veinticuatro horas....	Día 16. 1.750 gramos.....	Cantidad media, 2.463 grs.	Peso de este individuo, 55 kilogrs. C. m., 81,19 : 55 kilogrs. = 1,47 grs. RELACIÓN 1 kilogr. = 1,47 grs.
	» 19. 3.170 »		
	» 24. 3.200 »		
	» 29. 1 735 »		
	Total.. 9.855 : 4 = 2.463 gramos.....		
Cantidades del residuo sólido en cada orina.....	1.ª.... 61,25 gramos.....	Cantidad media, 81,19 grs.	
	2.ª.... 85,59 »		
	3.ª . . 112,00 »		
	4.ª.... 65,93 »		
	Total.. 324,77 : 4 = 81,19 gramos.....		

R. S., de 22 años de edad.—Septiembre de 1905

Cantidades de orina en las veinticuatro horas....	Día 5.. 1.560 gramos.....	Cantidad media, 1.757 grs.	Peso de este individuo, 68 kilogrs. C. m., 69,03 : 68 kilogrs. = 1,01 grs. RELACIÓN 1 kilogr. = 1,01 grs.
	» 8 . 1.800 »		
	» 14 . 1.850 »		
	» 18.. 1.820 »		
	Total.. 7.030 : 4 = 1.757 gramos....		
Cantidades del residuo sólido en cada orina.....	1.ª.... 60,84 gramos.....	Cantidad media, 69,03 grs.	
	2.ª.... 66,60 »		
	3.ª.. . 77,70 »		
	4.ª.... 70,98 »		
	Total.. 276,12 : 4 = 69,03 gramos.....		

J. M., de 22 años de edad.—Octubre de 1905

Cantidades de orina en las veinticuatro horas.. .	Día 15. 1.610 gramos.....	Cantidad media, 1.697 grs.	Peso de este individuo, 65 kilogrs. C. m., 63,62 : 65 kilogrs. = 0,97 grs. RELACIÓN 1 kilogr. = 0,97 grs.
	» 19. 1.510 »		
	» 24. 1.820 »		
	» 29. 1.850 »		
	Total.. 6.790 : 4 = 1.697 gramos.....		
Cantidades del residuo sólido en cada orina.....	1.ª.... 46,69 gramos.	Cantidad media, 63,62 grs.	
	2.ª.... 57,38 »		
	3.ª. .. 76,44 »		
	4.ª.... 74,00 »		
	Total.. 254,51 : 4 = 63,62 gramos.....		

Fijándonos en lo que arrojan los análisis, prescindiendo de las cantidades de orina, etc., y concretándonos sólo al residuo sólido, vemos que la relación del residuo al peso equivale próximamente á 1 gramo; en las observaciones que exponemos, en ninguna de ellas baja á menos de 0,82 centígramos ni sube á más de 1,47; en la generalidad de ellas pasa de 1 gramo sin alcanzar á gramo y medio, las más extremas; en otras observaciones, que no copiamos por no molestar al benévolo lector, las cantidades cambian, pero ninguna de ellas rebasa las cifras máximas y mínimas que consignamos antes.

Es posible que la proporción sea mayor en los niños; una sola observación hecha por nosotros en un niño de ocho años, parece demostrarlo así, pero tratándose de un sólo caso, nada puede deducirse en buena lógica; por el contrario, quizá en la vejez esa relación disminuya; durante el período de crecimiento, los cambios orgánicos son más vivos é intensos, es natural, pues que proporcionalmente el residuo sólido alcance una cifra mayor; en la vejez, y por razones inversas, el residuo tal vez sea menor. En las dosificaciones efectuadas podemos apreciar que el residuo sólido oscila mucho, que su cantidad varía notablemente de uno á otro análisis, por cuya razón creemos que un sólo análisis es insuficiente para ilustrarnos respecto á la capacidad funcional del aparato renal; del mismo modo podemos notar que normalmente no hay relación constante entre el residuo sólido y la cantidad de orina segregada; esto es, que no siempre el crecimiento en la cantidad de orina emitida va unido á un aumento proporcional de las substancias fijas eliminadas; así, por ejemplo, en el 2.° análisis, entre otros, podemos ver que á 1.650 gramos de orina corresponden 74,25 gramos de residuo sólido y en una de las dosificaciones siguientes á 1.600 gramos, es decir, á menos cantidad de orina, corresponden 100 gramos de residuo sólido; el mismo fenómeno puede observarse en algunos de los restantes análisis; por lo tanto, ambos términos no siempre son proporcionales; el residuo sólido de la orina puede crecer, disminuyendo la cantidad de orina ó á la inversa.

Veamos ahora qué relación tiene el residuo sólido de la orina con el peso del sujeto cuando éste padece un proceso renal de naturaleza inflamatoria; nosotros creemos que esa relación es sensiblemente menor que en estado fisiológico, según parece demostrarlo los análisis siguientes. Desgraciadamente no podemos poner frente á los casos fisiológicos un número equivalente de casos patológicos, por la razón de que si no deja de ofrecer dificultades recoger todos los datos en los individuos en estado de salud, aquéllas se extreman cuando se trata de enfermos; en nuestros apuntes tenemos registradas una porción de observaciones que se refieren á clientes particulares, algunos de ellos mujeres, en los que no fué posible obtener el peso del enfermo, y aun cuando tenemos el pleno convencimiento de que en todos ellos el residuo sólido era inferior al normal y en algunos muy notablemente, preferimos no consignar aquí más que aquellos en que han sido recogidos todos los datos; nos limitaremos, pues, á exponer los que hemos tenido la oportunidad de tratar en el hospital;

aun así, resultan pocos, pero es necesario tener presente que los enfermos brighticos, sin ser raros, tampoco abundan en una clínica general de medicina.

OBSERVACIÓN 1.ª—*Nefritis parenquimatosa.*—Carabinero de veintitrés años de edad; ingresa en la clínica á principios de noviembre de 1904, con un anasarca muy acentuado, ascitis, cefalalgias casi constantes, escaso apetito, diarrea, orina escasa con 8,45 gramos de albúmina, disnea y anemia. Dados los síntomas urémicos con que ingresa este enfermo, lo sometemos sin pérdida de tiempo á un tratamiento oportuno, no pudiendo observar la marcha del proceso y las alteraciones de la orina, abandonado el proceso asimismo, libre de la influencia del tratamiento radical que el enfermo necesitaba. Hemos hecho en este enfermo veinte análisis ó dosificaciones del resíduo sólido, y para formar mejor juicio del grado de la depuración renal, hacemos dos grupos en los análisis, incluyendo en uno los diez primeros y en el segundo los restantes (1).

Primer grupo.

Cantidades de orina en las veinticuatro horas.....	Día 11 Nov.,	900 gramos.	(1.º).....	Cant. media, 1.191 grs.
	» 14 »	1.360 »		
	» 20 »	2.150 »		
	» 27 »	1.000 »	.....	
	» 4 Dic.,	950 »		
	» 12 »	1.400 »		
	» 18 »	1.200 »	.....	
	» 25 »	1.000 »	.....	
	» 1.º Enero,	1.000 »	.....	
	» 8 »	950 »	.....	
	Total.....	11.910 gramos : 10 = 1.191 gramos.		
Cantidades del resíduo sólido en cada orina	1.º.....	54,00 gramos.	(1.º).....	Cant. media, 48,85 grs.
	2.º.....	51,68 »		
	3.º.....	98,90 »		
	4.º.....	38,80 »	.....	
	5.º.....	31,64 »		
	6.º.....	31,50 »		
	7.º.....	40,56 »	.....	
	8.º.....	44,50 »	.....	
	9.º.....	52,50 »	.....	
	10.....	44,50 »	.....	
	Total	488,58 gramos : 10 = 48,85 gramos.		

(1.º) En esos análisis el resíduo sólido y las cantidades de orina están notablemente aumentados por la absorción del anasarca, consecutiva al tratamiento.

Peso de este individuo en el décimo análisis cuando el anasarca y la ascitis habían desaparecido totalmente, 58 kilogramos.

C. m., 48.85:58 kilogramos = 0,84 grs.

RELACIÓN

1 kilogramo. = 0,84 centígramos.

(1) Tanto en estos análisis, como en los que figuran á continuación, no está incluída la albúmina en el resíduo sólido; ésta ha sido dosificada aparte, y en el resíduo sólido no constan más cuerpos que los normales: urea, ácido úrico, sales minerales, etc.

Segundo grupo.

Cantidades de orina en las veinticuatro horas.....	Día 16 Enero,	700 gramos	.....	C. m., 52,28 : 58 kilogramos = 0,90 grs.
	» 23 »	860 »	.....	
	» 30 »	900 »	.....	
	» 6 Feb.,	1.000 »	.....	
	» 13 »	1.200 »	Cant. media, 1.171 grs.	
	» 20 »	1.100 »		
	» 27 »	1.400 »	.....	
	» 6 Mar.,	1.400 »	.....	
	» 14 »	1.500 »	.....	
	» 20 »	1.650 »	.....	
	Total.....	11.710 : 10 = 1.171 gramos	.....	
Cantidades del residuo sólido en cada orina.. ...	1.ª.....	49,49 gramos	.....	RELACIÓN 1 kilogramo. = 0,90 centígramos.
	2.ª.....	55,73 »	.....	
	3.ª.....	51,75 »	.....	
	4.ª.....	55,50 »	.....	
	5.ª.....	28,96 »	Cant. media, 52,28 grs.	
	6.ª.....	59,95 »		
	7.ª.....	45,50 »	.....	
	8.ª.....	61,60 »	.....	
	9.ª...	63,75 »	.....	
	10.....	50.66 »	.....	
	Total.... .	522,89 : 10 = 52,28 gramos	.....	

En el primer grupo de análisis vemos que los tres primeros nos revelan el efecto del tratamiento por un aumento en las cantidades de orina y del residuo sólido, consecutivos á la absorción del anasarca. La proporción del residuo al peso es de 0,84 centígramos por kilogramo. En el segundo grupo, tanto las cantidades de orina como las de residuo sólido son más uniformes y regulares; los síntomas urémicos desaparecieron á mediados de diciembre; á mediados de enero lo sometimos á una alimentación láctea mixta y el enfermo mejora poco á poco, encontrándose, en su concepto, completamente restablecido; sin embargo, la orina encierra el día antes de salir el enfermo de nuestra clínica 8,74 gramos de albúmina en la de las veinticuatro horas. La proporción del residuo al peso ha crecido, alcanzando á 0,90 centígramos por kilogramo. Propuesto el paciente para disfrutar licencia en un país templado, abandona la clínica el 1.º de abril de 1905.

No volvemos á tener noticias de este enfermo hasta el 1.º de septiembre de 1905, que lo vimos otra vez en nuestra clínica. En los cinco meses transcurridos no ha logrado obtener la curación de su dolencia; sin embargo, su estado general es bastante bueno, tiene buen apetito, sólo se queja de cansancio y escasas fuerzas. Recono-

cido, le notamos ligero edema en los miembros inferiores, hipertensión arterial, pero no apreciamos complicación ostensible alguna en ningún aparato; la orina contiene 14 gramos de albúmina en la total de las veinticuatro horas; la cantidad de orina segregada ha crecido notablemente; su densidad oscila entre 1.010 y 1.013.

Practicamos tres análisis de orina con algunos días de intervalo, cuyos resultados figuran á continuación:

Cantidades de orina en las veinticuatro horas.	Día 1.° Sept., 2.150 gramos.....	Cant. media, 2.116 grs.	Peso de este individuo en el último análisis, 55 kilogramos. C. m., 51,30 : 55 kilogramos. = 0,93 centígramos. RELACIÓN 1 kilogramo. = 0,93 centígramos.
	» 4 » 2.200 »		
	» 8 » 2 000 »		
	Total..... 6 350 : 3 = 2.116 gramos.....		
Cantidades del resíduo sólido en cada orina.....	1.°..... 45,00 gramos....	Cant. media, 51,30 grs.	
	2.°..... 53,90 »		
	3.°..... 55,00 »		
	Total..... 153,90 : 3 = 51,30 gramos...		

Vemos que en esta segunda etapa el enfermo tiene poliuria, que su resíduo sólido es con muy escasa diferencia el mismo que cuando abandonó la clínica, y aun cuando su estado general es bastante regular, creemos que la depuración urinaria bajará notablemente en cuanto decaiga la hipertensión arterial. A beneficio de un tratamiento muy constante y riguroso, logramos contener la marcha del proceso, elevar la diuresis y la proporción del resíduo sólido de la orina al peso del sujeto, pero no la curación. La nefritis parenquimatosa ha pasado al estado crónico y terminará por ser atrófica. El enfermo, propuesto por inútil, abandonó definitivamente nuestra clínica el 9 de septiembre de 1905.

(*Concluirá*).

APÉNDICE AL ÍNDICE DE AUTORES

DE LAS

TOPOGRAFÍAS MÉDICAS PUBLICADAS Y ESCRITAS EN ESPAÑA

POR

D. FÉLIX ANTIGÜEDAD DÍEZ

Médico-Cirujano titular de Cespedosa de Béjar (Salamanca).

Después de la reseña publicada en esta REVISTA, en el núm. 858, del 14 de noviembre de 1904, he tenido noticia de varios que se han publicado ó escrito, que creo conveniente mencionar para que los aficionados á esta clase de trabajos puedan consultarlos, y á la vez sirvan estos datos para la confección de la Bibliografía general de los mismos.

BRAVO ARRABAL (D. SALVADOR).—Datos de la villa de *Lerma* para publicar una Geografía Médica de España. Lerma, 1905.

GARRIGA (D. BONFILIO). — Topografía Médica de *San Cuyat del Vallés*. Premiada con Accesit por la Real Academia de Medicina de Barcelona, el año 1906.

IRIGARAY (D. FERMÍN). — Topografía Médica del Valle de *Baztán*. Pamplona, 1905.

LÓPEZ PALACIOS (D. FÉLIX JOSÉ). — Apuntes para el Estudio Médico-topográfico de *Cantalojas*. Publicados en *El Siglo Médico* el año 1904.

MARCH (D. LORENZO).—Topografía Médica de *Espluga de Francolí*. Premiada con Mención honorífica por la Real Academia de Medicina de Barcelona, el año 1906.

MORENO LÓPEZ (D. MIGUEL)—Memoria de la villa de *Hijes*. Publicada en el *Diario Médico*, el año 1886.

ODONELL Y PÉREZ (D. ANTONIO). — Topografía Médica de la villa de *Castilblanco* (Sevilla), 1904.

PEDRO BLANCO (D. SEBASTIÁN) y otros.—Geografía Médica del partido judicial de *Belorado*. Burgos, 1905.

RADUÁ Y ORIOL (D. ENRIQUE O.). — Topografía Médica de *García* (Tarragona). Premiada con ¡Medalla de oro por la Real Academia de Medicina de Barcelona, el año 1901.

TOMÁS TOMÁS (D. JOSÉ MARÍA). — Memoria de la Geografía Médica de *Jumilla*, 1905.

BIBLIOGRAFÍA

POR EL

DOCTOR DON JESÚS SARABIA Y PARDO

Profesor de enfermedades de los Niños en el Instituto Rubio.

I. Datos de la villa de Lerma para la Geografía médica de España, por D. Salvador Bravo Arrabal. Lerma, 1905.

II. Diccionario tecnológico médico hispano-americano, por el Dr. D. Manuel Tolosa Latour. Madrid, 1906.

III. Sinonimias en Patología y Propedéutica, por el Dr. D. Francisco Viñals. Madrid, 1906.

IV. Clínica ginecológica, por el Dr. D. Policarpo Lizcano. Madrid, 1906.

I

Siempre hemos sostenido que cuantos trabajos se publiquen de topografías médicas merecen el mayor aplauso en cuanto contribuyen, ó mejor dicho, son base esencial de una Geografía médica española, obra, que de hacerse, será acaso la de más utilidad en nuestra profesión, pues en ella se aprenderá mucho de cuanto á nuestra higiene y patología conviene saber.

Esta, que publica el Sr. Bravo Arrabal, está muy bien ordenada y resulta completa en cuanto abarca todos los extremos pertenecientes á una topografía médica. Estudia cuanto á la higiene de Lerma se refiere, así como á su demografía, y en un capítulo final se ocupa de la criminalidad, haciendo resaltar la conveniencia de combatir el alcoholismo por medio del impuesto al alcohol y la enseñanza antialcohólica antes de llegar á la creación de sociedades de templanza.

II

Con la galanura de estilo peculiar en el Dr. Tolosa Latour, desarrolla la idea de formar un Diccionario tecnológico médico hispano-americano, por el cual, al mismo tiempo que mantendremos estrechos los vínculos morales que unen nuestras comunes aspiraciones, haremos honor al legado de nuestros antepasados, conservando nuestro rico idioma.

Lo que debe ser dicho Diccionario, dando de cada palabra lo que sea de utilidad en punto á etimología, acepciones diversas, etcéte-

ra, comprendiendo en él todas las frases y palabras puramente técnicas y su equivalente en el idioma popular, es el objeto principal de exposición en este trabajo, muy adecuado al fin de la Asamblea para la unión hispano-americana, en donde su autor le dió lectura con el aplauso que merece tan bella idea, que revela las probadas dotes de originalidad de pensamiento y de escritor correcto, tan notorias en el Dr. Tolosa Latour.

III

Estamos conformes con los que piensan lo deplorable que resulta para el fácil manejo del tecnicismo médico el afán injustificado de agregar nombres propios de hombres ilustres, en la ciencia médica, á enfermedades y síntomas que deberían amoldarse en su nomenclatura á raíces grecolatinas que, por derecho léxico y de tradición, les corresponde.

Esto da lugar á confusiones, pero es lo usual de algún tiempo á la fecha seguir esta corriente, que debe ser contrarrestada poco á poco, en vez de fomentarla, y mientras esto sucede, conviene aprender lo establecido por el hábito para no caer en situaciones desairadas por ignorancia de lo que, bueno ó malo, es corriente en la ciencia y debe saberse.

Desde este punto de vista, el Dr. Viñals, al publicar su trabajo, presta un señalado servicio á la clase médica, pues en él ilustra sus conocimientos con facilidad y con tal exactitud, que de momento encuentra la orientación precisa del asunto que consulta.

Además que la precisa descripción de la enfermedad ó síntomas del nombre del que la describió por primera vez, el Dr. Viñals dedica la última parte de su trabajo á dar noticia sucinta, pero precisa, de la importancia que tienen algunas muy salientes personalidades de la clase médica por los descubrimientos en favor de ella.

Nuestro juicio respecto de la publicación del Dr. Viñals, es que, por su indiscutible utilidad y porque satisface los deseos de quien quiera conocer el significado de las enfermedades y síntomas señalados con nombres propios de los clínicos que las describieron por primera vez, es de las que han de ser muy solicitada para su lectura, es de presumir sea consultado con frecuencia.

Digno de aplauso es el distinguido Dr. Viñals por esta publicación y la Revista le felicita cordialmente, porque viene á prestar un señalado servicio á la clase médica.

IV

Del examen de 1.866 enfermos que han asistido al Consultorio de la especialidad que dirige el Dr. Lizcano, ha podido sacar material bastante para una publicación de esta índole.

No es sólo la descripción de 186 operaciones allí practicadas y la enseñanza clínica que utilizan los casos estudiados, sino también se analizan en esta publicación otras muchas cuestiones ginecológicas en las cuales la operatoria no ha sido el medio terapéutico, pues no exige esta clase de intervenciones todo lo que en ginecología se observa.

Entre las varias cuestiones de ginecología que trata con motivo de lo observado en la clínica, las hay de gran importancia, tales son: las metritis, neoplasias uterinas, dislocaciones genitales, lesiones del ovario y trompas, peritonitis y pelvicelulitis y fístulas genito-urinarias.

A la exposición de los casos clínicos precede en todos los capítulos una nota detallada de la etiología, diagnóstico y tratamiento de cada enfermedad, lo cual hace más instructivo este trabajo, que seguramente su autor ha de proseguir hasta publicar un tratado completo de ginecología.

Ya en otra ocasión nos ocupamos del *Tratado de las metritis*, publicado por el Dr. Lizcano, y augurábamos que acometería esta empresa que ahora comienza con tanto éxito por lo provechosa para la clase médica.

Reciba su autor por este motivo el aplauso que en justicia se merece.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 31 de Marzo de 1906.

Dos casos de pelagra. — El Dr. *Huertas* presenta á la Academia dos mujeres ancianas que aun cuando una nació en uno de los pueblos de la provincia de Toledo y la otra en la de Logroño, ambas vinieron á Madrid siendo muy niñas.

Dice, por referencias de las enfermas, que éstas vienen padeciendo desde hace algunos años dermatosis en las manos, como también eritema, eczema y pénfigo en distintas épocas, y que además han padecido diarreas y trastornos del sentido del gusto. Que en la actualidad acusan vértigos, alucinaciones, estupor, y en una de ellas preséntanse síntomas de demencia.

La evolución y el síndrome de la enfermedad son el tipo de la pelagra, de cuyo padecimiento se ocupó por primera vez hace más de un siglo, y de un modo admirable, nuestro compatriota el Dr. D. Gaspar Casal. Que después fué estudiada y aceptada como especie morbosa en Italia y Francia, atribuyendo el mal á la alimentación del maíz averiado, pero que tal aserto no ha tenido exacta comprobación por haberse presentado casos de pelagra en individuos que nunca han probado maíz. Se desconoce, por lo tanto, actualmente la verdadera causa de la enfermedad, y que más bien puede atribuirse á la miseria, en cuyo cuadro entran aquellas pobres gentes que comen de lo que encuentran en *la busca*, especie de pequeña industria de basuras, entre las cuales siempre se recoge alguna piltrafa, mendrugos de pan, etc.

Añade el Dr. Huertas que á esta falta de cuidados higiénicos y mala alimentación, se une el alcoholismo, causa muy probable de coadyuvar al desarrollo de la pelagra, y en su vista, propone que la Academia debía excitar á los poderes públicos á que se estableciera una Liga contra la pelagra, contra el alcoholismo y contra la miseria, único modo de cortar de raíz esas plagas sociales, que seguramente son los principales factores del mal pelagroso.

El Dr. *Hergueta* asiente á lo dicho por su compañero de Academia y de hospital, y dice que la pelagra es una especie morbosa bien definida, de evolución esencialmente crónica, pero de etapas agudas, empezando por eritema en las manos, muy parecido al que resulta por insolación ó por haber tocado lejía; que luego preséntanse diarrea y más tarde mareos y alucinaciones, observándose que todos estos síntomas se acentúan, particularmente en la primavera y en el otoño.

El tipo del pelagroso es enjuto de carne, de color moreno, y su paso es vacilante; su facies carece de expresión, como alelado; la memoria va perdiéndose y concluye la inteligencia por embotarse. La monomanía suicida suele asomar, prefiriendo ahogarse en agua; los catarros broncopulmonares tienen tendencia á la supuración, y esta fase suele ser la última de la vida del pelagroso.

Dice el Dr. Hergueta que la causa de la pelagra es desconocida; que los enfermos son el tipo de la miseria fisiológica, y que generalmente recae este mal en la clase más pobre de la sociedad. Que todos los tratamientos aconsejados resultan poco beneficiosos, y que con lo que ha podido mejorar á esta clase de enfermos es empleando el baño sulfuroso templado.

La radiografía en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la luxación congénita de la cadera. — El Dr. *Decref*, Académico corresponsal, presenta las radiografías de las distintas fases por que han atravesado tres enfermas curadas de luxación congénita de la cadera unilateral por el procedimiento de A. Lorenz, de Viena, y con este motivo habla de la importancia de la radiografía en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de esta deformidad.

Al hablar del diagnóstico, dice que la poca extensión que al estudio de esta deformidad se ha prestado en España, ha hecho que la mayor parte de los casos que se presenten, aun después de radiografiados, no estén diagnosticados, y como prueba presenta una radiografía de una enferma hecha en un gabinete de Madrid y en la cual se ve claramente que se trata de una luxación doble congénita de la cadera, y en la que se ha escrito debajo como diagnóstico «deformidad raquítica de la cadera izquierda», diciendo que esta enferma ha llegado hasta los once años en esta situación, sin que la diagnosticaran, y que habiendo pasado la época de poderla curar en buenas condiciones, quedará por toda la vida sujeta á este martirio, sin poder hacerse más que aliviarla, cuando si se hubiera diagnosticado á tiempo pudiera haberse curado perfectamente. Como este caso ha visto muchos.

Hace con respecto al pronóstico una detallada descripción de las ventajas é inconvenientes que pueden presentar las deformidades óseas, según muestra la radiografía, para conseguir la fácil reducción y aun para el tratamiento post operatorio.

En el curso del tratamiento post operatorio, el Dr. Decref demuestra la ventaja inmensa que ha sacado de ir haciendo radiografías á través de los vendajes para estudiar cómo se crean los elementos articulares y para corregir con buena dirección el trabajo que la naturaleza se impone al volver á encontrarse en su relación normal superficies articulares que nunca la tuvieron desde el nacimiento, describiendo el mecanismo que la naturaleza emplea para transformar en normal la nueva articulación y permitiendo la atenta observación para reducir las reluxaciones que se produzcan, condición indispensable para que la curación llegue á su término, pues de lo contrario, el estímulo despertado por la cabeza del femur en el fondo de la rudimentaria cavidad cotiloidea determina su desarrollo, y como dicha cabeza es el molde que la naturaleza tiene para su perfecta formación, si este molde falta durante algún tiempo, puede desarrollarse con deformidades que impidan para siempre la normal formación de la articulación.

Habla después del tratamiento empleado por él una vez quitados los vendajes, y dice que á Lorenz le criticaron Kirmison y otros el que llamara á su procedimiento de curación radical, porque observaban que si bien el resultado funcional era siempre bueno, el anatómico, como demostraban las radiografías de los casos curados por él, era sólo de trasposición y no anatómico. Esta fué sin duda la causa de que Lorenz tuviera cierto desvío por la radiografía y que impidiera al gran cirujano usarla con la frecuencia necesaria para descubrir lo que otros han creído indispensable, y así se ve ya á Reiner, su privadocente, publicar un artículo acerca de la individualización del tratamiento, con lo cual ha conseguido aumentar extraordinariamente el tanto por ciento de restituciones anatómicas.

El Dr. Decref, persiguiendo con la radiografía la formación de la cavidad, ha ido modificando en dos de sus casos presentados, que eran muy difíciles, las condiciones de la articulación y demostrado con estos dos casos que aunque al salir de los vendajes la curación era por trasposición, él, con la garantía de que la articulación estaba en condiciones de no poderse reluxar, y sin temor, como le pasa á Lorenz, á la adducción, ha empleado

un tratamiento nuevo dirigido en este sentido, consiguiendo de esta manera, con estos elementos y con gran constancia, que esos dos casos difíciles y que seguramente, como demostraron las radiografías hechas al quitar á los enfermos las espicas de Lorenz, estaban destinados á quedar en trasposición, se hayan transformado en dos casos curados, además de con perfecto funcionamiento, con completa restitución anatómica, tan completa como el otro caso que presenta, y que por sus favorables condiciones fué siempre y en toda fase de tratamiento derecho á la restitución anatómica.

Presenta claras radiografías en que se demuestran todas estas cosas, y ruega á los compañeros que se enteren bien de estos asuntos para que la ignorancia de todos estos hechos no den lugar á equivocados consejos á las familias, que se traducen siempre en desconfianzas con el que tiene la desdicha de querer tratar en nuestro país un asunto nuevo, y más si es de tan gran utilidad como éste. Que hace falta diagnosticar á tiempo estas deformidades, pues no pasando de los siete ú ocho años los niños, el asunto es casi siempre fácil de resolver, y que es indispensable no emitir opiniones sin gran fundamento, que impiden el progreso y anulan cuantos esfuerzos se intenten para que aquí, ya que no creemos, por lo menos se haga todo cuanto en otras partes se hace.

Examen de un corte sagital practicado á una primípara fallecida en pleno período de expulsión.—El Dr. *Recasens* presenta unas fotografías de dicho corte y entra en detalles anatomohistológicos del caso, haciendo un estudio detenido de las condiciones en que se halla el útero en el momento del parto, para demostrar que las deducciones fisiológicas y patológicas que de ello se han deducido distan mucho de tener la unanimidad necesaria para que sean adoptadas por todos los tocólogos como hechos indiscutibles.

Después de una extensa disertación sobre la materia, termina el doctor Recasens con las siguientes conclusiones:

1.ª El espesor del músculo uterino es diferente en los diversos puntos; la mayor delgadez corresponde al punto de inserción de la placenta y al segmento inferior, tanto que el mayor espesor pertenece al círculo contráctil.

2.ª El anillo de contracción se encuentra á altura diferente, según las condiciones del parto; en el parto completamente fisiológico su situación corresponde casi al mismo nivel que el orificio interno, pero cuando éste presenta obstáculos á la progresión del feto, la parte inferior del cuerpo del útero proporciona elementos á la distensión de la cavidad uterina y la altura del círculo contráctil vuelve á subir, y por consecuencia, se prolonga hacia el punto correspondiente al orificio interno.

3.ª La vena coronaria es el sólo índice que señala el límite entre el cuerpo y el cuello del útero durante el parto.

4.ª El hocico de tenca no desaparece nunca del todo durante el paso del feto, y el rodete que señala el límite entre la vagina y el útero está constituído por una hoja muy delgada, de una anchura muy superior á 2 centímetros en la parte posterior, que se aplica exactamente á las paredes vaginales.

5.ª La existencia de esta hoja da como consecuencia la persistencia de los fondos de saco, donde pueden introducirse las cucharas del forceps si se hace la introducción sin tener por guía los dedos.

6.ª En los partos fisiológicos, la porción más adelgazada de la parte inferior del útero aparece casi en su totalidad en el canal cervical.

7.ª La dilatación del cuello del útero se hace en el parto fisiológico por la acción mecánica de la bolsa de las aguas y por el feto; en el caso de existir un obstáculo á la progresión del feto, el mecanismo de la dilatación se hace por un mecanismo inverso; en este caso es el útero el que por efecto de la disminución de su cavidad, determinada por la retracción del músculo, vuelve á subir sobre el feto, y resbalando sobre la presentación, determina la abertura del orificio externo.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 2 de Abril de 1906.

Buftalmos. — El Dr. *Mansilla* expone los casos presentados en una de las sesiones anteriores, que, como recordarán los señores Académicos, uno era de buftalmos y el otro de neoplasia intraocular.

Trátase de una niña de seis años, llamada A. Moreno, natural de Chinchón (Madrid); cuando tenía un año padeció una extensa ulceración corneana, de la cual quedó un estafiloma parcial, que poco á poco ha ido aumentando hasta constituirse uno total, y distendiéndose también en parte el globo ocular, llegó á tener el enorme volumen que pudieron apreciar los señores Académicos, y que revela una fotografía que presenta.

Deseando conservar un voluminoso muñón que sirva para la protesis, practicó la *queratectomía total combinada de Panas* hace dos semanas, pasadas las cuales separó los puntos de sutura y aplicó un ojo de cristal.

Sarcoma melánico de la coroides. — J. Gago, de cincuenta y nueve años, labrador, natural de Oviedo. Hace dos años empezó su padecimiento actual, notando disminución de visión en el ojo derecho, hasta extinguirse por completo á los cuatro meses. Después se le presentaron dolores cada vez más intensos, los que le cesaron cuando por el centro de la córnea apareció un tumorcito hace tres meses.

El enfermo, como pudo observarse en noches anteriores y por la fotografía (que presenta) tiene un ojo exoftálmico, aumentado de volumen, y en su parte anterior, donde ha desaparecido la córnea, existe un tumor voluminoso, como una avellana, que sangra al menor contacto, por lo cual está recubierto de una capa de sangre coagulada y pus. Dicha masa y parte del ojo salen entre los párpados.

El estado general del enfermo no es caquéctico, pero sí de una gran anemia.

Le diagnosticamos de sarcoma de la coroides en su último período, y procedimos á la exenteración de la órbita, no creyendo suficiente la enucleación, por los temores de que la neoplasia que había salido del interior del ojo por su polo anterior, se hubiese también exteriorizado por el polo posterior y propagado á la órbita.

Operación.—Cloroformizado el enfermo, practicamos la cantoplastía y la

disección de los párpados; después fuímos separando todos los tejidos blandos y de las paredes hasta llegar al fondo de la órbita, en el cual encontramos una masa voluminosa que rodeaba al nervio óptico. Separada dicha masa y seccionado el nervio, quedó extirpada toda la neoplasia.

Después raspamos las paredes de la órbita, cauterizamos con el termocauterio el agujero óptico y la hendidura esfenoidal y rellenamos la cavidad con gasa yodofórmica.

El estado del enfermo es satisfactorio, la cavidad orbitaria va rellenándose de tejido cicatricial, y aunque hay siempre temores de que pueda reproducirse la neoplasia, dado el período avanzado en que ha sido operado, hasta ahora no existe signo alguno de reproducción.

Tampoco existe síntoma alguno de metastasis en el hígado, pulmones, bazo, etc.

El producto patológico fué entregado al Dr. Ballesteros, quien después de estudiarle detenidamente, ha tenido la atención de remitirle la adjunta nota anatomopatológica:

Caracteres macrográficos de la masa neoplásica extirpada.—*Volumen.* — Es grande, ocupando todo el espacio de la cavidad orbitaria retro y laterobulbar disponible y haciendo prominencia en la base de la misma. Su longitud anteroposterior es de 7 centímetros, de los que 2 corresponden á la parte tumoral post ocular y los 5 restantes al ojo y tumoración preocular.

Forma. — Podemos considerar dos porciones en el tumor: la una supracorneal, extrapalpebral, redondeada, y la otra constituída por un bloque en el cual se halla incluído el ojo, nervio óptico, vasos, músculos, etc., y la masa neoplásica retrobulbar, cuya forma es la de la cavidad orbitaria. Una estrangulación bien marcada separa una parte de la otra.

Consistencia. — Semiblanda en el bloque y blanda en la porción anterior, donde se observa un proceso ulcerativo superficial.

Color. — Negruzco, con parcelas de tejido blanquecino y blanco-amarillento es la coloración en la superficie de la porción anterior y blanco mate con algún que otro foco moreno-obscuro en la periferia del bloque.

Caracteres micrográficos.—Obtenido un trozo conveniente de la porción superficial del bloque antedicho, previa induración en los alcoholes é inclusión celoidínica, sacamos varios cortes, que sometimos á los procedimientos siguientes:

Carmín.—Nos acusó la presencia de elementos melánicos, sueltos y acumulados, si bien en pequeña cantidad.

Tricrómico de Cajal, modificado por Calleja.— Dió hermosas preparaciones, acusando la melanina.

Van Gieson. — Comprueba el resultado anteriormente observado con los otros métodos.

Utilizando grandes aumentos con el 1'30 apocromático Zeiss, observamos en los mismos preparados numerosos elementos conjuntivos de aspecto embrionario, bastantes fusiformes y de vez en cuando algún que otro acúmulo melánico. El estroma conectivo aparece surcado de elementos fusiformes, constituyendo tabiques que separan los acúmulos celulares ya dichos. En 16 preparaciones de este bloque, cuidadosamente analizadas, no hemos encontrado focos hemorrágicos.

En vista de lo anterior, podemos formular el diagnóstico de la neoplasia. Se trata de un *melanosarcoma*, de tipo *alveolar*.

Dada la rareza del sarcoma melánico, nos propusimos estudiar el caso que actualmente describimos, agotando en ello gustosamente el tiempo y la paciencia. ¿Habría interesado el nervio óptico? Si se hallaba interesado, ¿hasta dónde y qué grado alcanzaría la invasión neoplásica? El origen del tumor, ¿sería en la coroides propiamente dicha, en la zona ciliar ó en la iridiana? ¿Cuál sería la propagación del tumor, por las vías preformadas, por estallido esclerotical? ¿Cómo encontraríamos la retina y en dónde? ¿Cómo se hallaría el cristalino, dado caso que no se hubiera expulsado....?

Seriando estas investigaciones, empezamos por obtener un bloque de la porción más terminal del nervio óptico, de aquella que al practicar la exenteración la mano habilidosa y práctica de mi compañero y maestro doctor Mansilla, seccionó con la tijera. Estudiadas 10 preparaciones, observamos el aumento diametral del nervio, el adelgazamiento de su vaína dural y la completa desaparición de los traces nerviosos, los que habían sido reemplazados por elementos neoplásicos sarcomatosos y melánicos, éstos en poquísimo número.

Después preparamos un nuevo bloque, que comprendía la entrada del nervio óptico en el globo y parte del segmento posterior de éste. ¿Cuál era el estado de estas partes? Respecto al nervio, pudimos observar su gran volumen (un tercio del diámetro ecuatorial vertical del ojo), la desaparición completa de la *lámina cribosa*, la conservación de vaína dural, menos en su unión esclerotical, y la presencia del sarcoma en todo su interior. Rodeando al nervio, masa neoplásica.

La esclerótica presentaba un buen aspecto de conservación, aunque entre sus fascículos hallamos elementos sarcomatosos, si bien poco abundantes. En la coroides, de alguno de sus puntos salían como brotes de masa neoplásica, fuertemente pigmentada, simulando el contorno de la llama de una bujía cuyo vértice estuviese en la coroides y la base dirigida, cual radio, al centro ocular.

Hasta el día, tales son los trabajos realizados, los que en la actualidad continúo para satisfacer mis anteriores preguntas. No obstante, podemos emitir algunas conclusiones:

1.ª El nervio óptico se halla interesado en toda su longitud, lo cual contradice las manifestaciones del insigne oftalmólogo Rochon-Duvigneaud: sin que actualmente presente el enfermo síntoma de metastasis hepática ú otra víscera.

2.ª El origen del tumor es coroidiano, propagándose al nervio previa destrucción de la *lámina cribosa* y á la cavidad orbitaria por rotura esclerotical posterior.

3.ª No encontré la retina en las preparaciones hechas al presente.

El Dr. Sanz Blanco: Las operaciones que acabamos de escuchar, practicadas por el Dr. Mansilla, responden en un todo á la opinión que sustentó en sesiones pasadas y á la que yo sinceramente le dí cuando él solicitó la de los oculistas de la Academia. Y en efecto; para los tumores malignos intraoculares no sé que haya tratamiento mejor que la enucleación del globo seguida de exenteración de la órbita. No son estos tumores como los

extra ó periorbitarios: en los epiteliomas, siempre que no hayan llegado á destruir los cuerpos del ojo, aunque sean muy graves, debe hacerse primero la anulación del tumor y cauterización: raspado del punto de implantación, con el fin de que se consigue muchas veces atajar el mal sin tener que recurrir á grandes mutilaciones: si á pesar de ello continúa la evolución neoplásica, se procederá sin demora á la enucleación. Del mismo modo gran número de tumores extraoculares, pero intraorbitarios, pueden atacarse respetando el globo del ojo, trepanando la fosa temporal, método de Kronlein, ó por otra máxima de vías conocidas.

Pero cuando se trata de sarcoma de la coroides, aunque no haya llegado á destruir el globo ocular en el grado que al enfermo del Dr. Mansilla, debe procederse en seguida á la enucleación y exenteración de la órbita.

Refiere un enfermo de sarcoma de la coroides á quien aun sin haberse destruido la cubierta esclerocorneal, le recomendó la exenteración. Este enfermo vió después á otro distinguido compañero, quien limitó su acción á la enucleación del globo; pocos meses después se reprodujo el tumor en las partes blandas de la cavidad orbitaria, y entonces vivió á la clínica del Dr. Sanz Blanco. Intervino éste, haciendo una exenteración: no obstante, se reprodujo segunda vez. Volvió á intervenir, extirpando todo el tumor, cauterizando con termocauterio, y raspando cuidadosamente todo el fondo orbitario, sin perdonar hendidura ni punto alguno. El enfermo vivió dos años sin señal alguna de reproducción, al cabo de los que falleció de una enfermedad aguda pulmonar.

Este caso demuestra la necesidad de intervenir precoz y radicalmente con el fin de impedir la propagación de los tumores malignos, que tan fácil es, al interior de los senos, ó al cerebro á través del agujero óptico, ó por las hendiduras esfenoidal y esfenomaxilar.

Respecto al caso de buftalmos, cree que la amputación del polo anterior deja un buen muñón para adaptar una pieza protésica: el único temor para operar así es la hemorragia *ex vacuo*, pero en este enfermito no existía exagerado aumento de tensión ocular, y la técnica operatoria tiene recursos para defenderse de este contratiempo.

El Dr. *Mansilla* se felicita del perfecto acuerdo que con su modo de pensar y hacer ha tenido el Dr. Sanz Blanco. El caso referido por éste es sumamente interesante y viene á confirmar sus creencias de ser lo más radical posible.

Con relación al caso de buftalmos, dice que no hubo hemorragia, y que en efecto, él tuvo en cuenta al operar lo que ordena la cirugía en estos asuntos.

Dos casos de estafilorrafia. — El Dr. *Landete* expone el procedimiento de Brofy seguido en la enferma que presentó en sesiones anteriores, y el cual consiste: 1.°, en hacer el refrescamiento de los bordes de la fisura con el cuchillete de Græfe, que resulta preferible á ningún otro instrumento: 2.°, colocación de los puntos de aproximación á beneficio de una aguja especial ó una hebra de seda que sirve de conductor al hilo de plata; 3.°, colocación de las dos láminas de plomo laterales y perforadas, por donde se pasan los hilos metálicos; con ayuda de un tuercehilos se unen los puntos de aproximación de cada lado entre sí y por encima de la plancha de plo-

mo, con lo que se acercan á voluntad los bordes de la fisura; 4.°, sutura de coaptación con hilo de plata más fino.

Indicó brevemente las opiniones que existen para explicar la formación de las fisuras palatinas congénitas, así como los cuidados que hay que tener presentes antes, durante y después de la operación.

Hizo luego la comparación del procedimiento americano con el que siguen los franceses, el cual resulta desventajoso en relación con el primero, pues en éste se evitan las *incisiones laterales*, que á más de ofrecer una gran puerta de entrada para las infecciones más variadas, por dejar una superficie sangrante en el medio bucal, puede acarrear: trastornos auditivos por la sección del músculo peristafilino externo, dilatador de la trompa de Eustaquio; hemorragias post operatorias, difíciles de cohibir por la sección los ramos terminales de la arteria palatina posterior; dejar un velo del paladar rígido, por la presencia de las tres cicatrices lineales, lo que dificulta en cierto modo la fonación; la incompleta cicatrización de las mismas, que origina trayectos fistulosos, etc.

Al hablar del pronóstico de la intervención, recordó las condiciones fisiológicas en que se verifican la deglución y la fonación, para sacar como consecuencia que la primera se normaliza perfectamente y la segunda reclama la educación ortofónica, sobre todo de las letras *explosivas;* la B y la P labiales, la D y la T linguales y la K y la G guturales, según las denomina Mathias Duval.

Estos estudios progresivos, practicados de viva voz y al piano, conducen á una pronta recuperación de la palabra normal y completan la operación. El resultado definitivo puede predecirse en cierto modo si nos fijamos en la disposición anatómica del *naso farinx*, presentando mayores ventajas el *surbaissée* de la clasificación de Mour y Lafarelle.

La intervención se practicó sin el menor accidente bajo la anestesia local con la adreno-estovaína en solución al décimo.

Quiste radículodentario. — El Dr. *Landete* expuso á continuación el caso que presentó á la Academia de quiste radicular, en el que practicó la operación de Caldwell-Luc (trepanación de la fosa canina y desagüe nasal).

Indicó las teorías que explican la formación de los quistes radículodentarios, considerados como defensas del organismo contra la infección, los cuales se originan siempre sobre dientes con pulpa muerta, ya presenten caries ó no, diferencia capital con los quistes folículodentarios que dependen de un germen dentario extraviado en el espesor de los maxilares y que evoluciona ordinariamente en la dentición, esto es, en la juventud, y son bastante raros.

El quiste de que se trata estaba invaginado en el antro de Higmoro, cuya cavidad llenaba por completo, y dependía de la raíz del incisivo lateral izquierdo superior, el cual, al extraerse, dejó salir por el alvéolo un exudado obscuro con laminillas brillantes.

Siguiendo la conducta recomendada por Pacques, le operó por la vía buconasal, que tiene la ventaja de no dejar cavidades en contacto con la boca, pues resecando la pared externa exclusivamente, se convierte en una sinuosidad oral que se retrae con lentitud, teniendo que recurrir el operado á un aparato protético.

Al terminar presentó unas fotografías muy demostrativas de enfermos, tomadas antes y después de operados; dos de estafilorrafia y otras dos de quistes radículodentarios, invaginados en el seno maxilar.

El Dr. *Rueda* interviene en la discusión para mostrar su disconformidad con lo sustentado, pues á su juicio, no pueden asimilarse los quistes dentarios con las sinusitis maxilares para seguir el mismo procedimiento operatorio. Cita el caso de una enferma á la cual resecó la pared anterior de un quiste dentario del maxilar superior, en cuya cavidad se encontraron dos dientes, uno en el suelo y otro en la bóveda del antro.

Opina que no es menester practicar la operación de Caldwell-Luc en semejantes casos, porque el proceso se desarrolla fuera del seno, en el espesor de la pared externa del maxilar, y además es aséptico. Basta, pues, con la extirpación de la pared anterior del quiste seguida de raspado de la cavidad y sin taponamiento, pues la infección no es de temer.

El Dr. *Sterling* dice que no se deben mirar con prevención las incisiones laterales en la estafilorrafia, que dan mucho campo, pues ha visto practicar bastantes á Sebileau sin ningún contratiempo, el cual se sirve de un tuercehilos en forma de ocho de guarismo para anudar los hilos, con lo que se facilita este tiempo operatorio.

En cuanto á los quistes invaginados en el seno maxilar, piensa, como el Dr. Rueda, que basta con la resección de la pared externa, que es más sencilla y expone menos al paciente que el Caldwell-Luc.

El Dr. *Goyanes* indica que el problema á resolver en la estafilorrafia se reduce á la práctica de una sutura que, como en las fístulas vesicovaginales, hay que hacerla á la perfección.

Las incisiones laterales son imprescindibles, cuando las dos mitades del velo están atrofiadas, porque dan mucha tela; cuando á pesar de ello no bastan, se pueden hacer autoplastias, y los trastornos auditivos no son de temer por las secciones musculares.

También se puede practicar la tenotomía de los peristafilinos para evitar el desgarramiento de los puntos, según aconseja Fergusson.

Cree que la dificultad para hablar de estos operados se debe á la tensión del velo.

El Dr. *Landete* rectifica, manifestando que, en efecto, participa de la opinión del Dr. Rueda y el Dr. Sterling de resecar la pared quística simplemente, pero para cuando se trata de quistes foliculares que se desarrollan con el germen dentario, extraviado en el espesor del maxilar y de evolución aséptica, que es precisamente el caso que ha relatado el doctor Rueda.

En el enfermo presentado por él se trataba de un quiste radículodentario, que son siempre de naturaleza infecciosa, y que lejos de desarrollarse en el espesor del hueso, camina por el sitio de menor resistencia, siendo uno de ellos la cavidad de Higmoro. Cuando datan de algún tiempo ó son de grandes dimensiones, ocupan todo el seno, al extremo de dejarlo reducido á una simple hendidura.

Siempre parten del ápice de la raíz del diente, que necesariamente ha de ser muerto para que los productos emanados de la descomposición de la pulpa ó de los canales radiculares exciten las defensas orgánicas traduci-

das por la formación de una fungosidad, que unas veces permanece estacionaria y otras evoluciona activamente, dando lugar á la cavidad quística.

Cree, pues, que por tratarse de una producción de naturaleza séptica y ocupar todo el antro maxilar, debe seguirse la misma norma radical que para las sinusitis crónicas; la simple resección de la pared deja una anfractuosidad bucal que difícilmente se retrae y puede ser motivo de infecciones varias.

Además, si la enfermedad está curada, el enfermo no, pues necesita por tiempo indefinido practicarse lavados repetidos de la sinuosidad para evitar la retención de productos alimenticios, que le obligan en último término á buscar los recursos de la protesis.

Dice el Dr. Sterling que no ofrecen peligro las incisiones laterales en la estafilorrafia, á lo que contesta, después de recordar lo dicho anteriormente á este propósito, que todas las estadísticas traen como mínimum un 6 por 100 de fracasos debido á ellas, y donde puede verse que los accidentes sépticos son frecuentes, ocupando la gangrena del colgajo y las fístulas un lugar preminente. En cuanto al tuercehilos en forma de ocho de guarismo que emplea Sebileau, le parece todavía menos ventajoso que el de forma de ese cursiva, que no necesita buscar é introducir los hilos por los orificios del instrumento, y que es del que se sirve.

Refiriéndose al Dr. Goyanes, que en parte ha quedado contestado, indica que la estadística de casos operados por el Dr. Brofy, autor del procedimiento, es de 570, de los cuales 211 lo fueron en niños menores de cinco meses, resultando la más extensa y la más favorable, pues en los niños no ha tenido un solo fracaso, y de pensar es que algún enfermo presentaría el paladar blando atrofiado; además, las incisiones laterales tienen su limitación, pues cuando el labio resultante no tiene 12 milímetros ó más, no deben practicarse, porque el esfacelo tiene lugar cuando el espesor del colgajo está por debajo de dicha cifra.

La tenotomía de Fergusson ya no se practica por ineficaz, y son de alguna importancia los trastornos auditivos que pueda acarrear la sección del músculo dilatador de la trompa.

Como el Dr. Goyanes, piensa que la tensión del velo puede ser una causa que dificulte la palabra en los operados.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 28 de Marzo de 1906.

Indicaciones de intervención quirúrgica en los fibromas uterinos y operaciones que deben elegirse.—El Dr. Gutiérrez: Aludido directamente por el doctor Castillo, al desarrollar de modo tan brillante el tema por él elegido en la última sesión, me veo obligado á tener que repetir algo de lo que publiqué en 1900 en un extenso trabajo y sobre el mismo asunto en la *Revista Ibero-Americana* y lo que dije en mi comunicación al Congreso de Ginecología de Amsterdan.

Mi deseo esta noche es solamente indicar lo que hago y lo que aconsejo respecto de las intervenciones quirúrgicas en los fibromas del útero.

Cuando se trata de quistes, ordeno, cuando de fibromas, aconsejo, por ser ésta una afección que por lo regular no mata, y en cambio, la intervención curativa exige poner en peligro la vida, es decir, que entiendo que en los fibromas no hay indicación absoluta de operar en todos los casos, al revés de lo que sucede en los quistes.

Las indicaciones operatorias en los fibromas las dividía entonces en urgentes, absolutas y relativas, pues existen fibromas que las enfermas toleran bien, y otros, por el contrario, que son intolerables; entre éstos se hallan los que van acompañados de profusas hemorragias y de lesiones renales ó cardíacas, y estas complicaciones son muy serias y dignas de estudio.

La mujer que tiene un fibroma intersticial, con el tiempo se hará forzosamente cardíaca, porque la repetición de las hemorragias y los trastornos circulatorios traerán como consecuencia debilitación del miocardio, aparte la influencia que en la actualidad se concede al artritismo que acompaña siempre al desarrollo de los fibromas.

Unos autores ven en la lesión cardíaca la verdadera indicación operatoria; para otros es aquélla una contraindicación; yo sigo esta conducta: cuando existe lesión mitral no compensada y se encuentra alterada la circulación renal, considero la operación contraindicada, porque la muerte es segura.

Las indicaciones urgentes son el gran tamaño del tumor que comprime órganos importantes y es causa permanente de sufrimientos, las lesiones cardíacas compensadas y las alteraciones renales ó bien la dificultad respiratoria por el excesivo volumen de un fibroma que se ha hecho quístico ó los ataques de oclusión intestinal, la anemia extrema, la degeneración del fibroma ó su coexistencia con el cáncer del útero, etc. Indicaciones relativas son, por ejemplo, en una mujer que sufre de un fibroma con hemorragias, pero que entre sus reglas no tiene hipoglobulia, aquéllas no son peligrosas y puede esperarse á la menopausia, y como prueba de esto cita varios casos.

Pero aun en estas condiciones, las hemorragias pueden ser indicación operatoria, como decía muy bien el Dr. Botín, cuando recaen en enfermas de cierta condición social que no solamente puede privarlas de ganar el sustento, sino que éste es insuficiente para reponer las pérdidas que las hemorragias tan repetidas las ocasionan, pues lo mismo la joven que la próxima á la menopausia, están condenadas á morir por hemorragia ó por hambre; fuera de este caso, las indicaciones son relativas, porque los peligros no nacen de la presencia del tumor, sino de las complicaciones, bien por parte de los órganos centrales ó por alteraciones anexiales ó peritoneales. Fuera de esto, las enfermas toleran bien su fibroma, aunque sea grande, y en cambio, existen algunos pequeños que determinan, por el hecho citado, intensos dolores, enflaquecimiento, etc., que reclaman su operacion.

Y respecto de la intervención, diré que he presenciado el desarrollo del tratamiento quirúrgico de los fibromas uterinos casi desde sus comienzos

hasta la fecha, y puedo asegurar que siempre han existido éxitos, sin negar que los procedimientos de hoy son más reglados, más fáciles y dan mayores garantías, y yo puedo decir que he practicado todos, desde los de pedículo extraperitoneal hasta los modernos de Doyen y Kelly.

Me he valido de la vía vaginal en los casos de fibromas únicos subserosos ó múltiples que no rebasaban cuatro traveses de dedo por encima del pubis, y he practicado:

Miomectomías sin abrir el peritoneo	7	Defunciones	1
Histerectomías vaginales	18	—	3

Por vía abdominal:

Miomectomías	10	Defunciones	2
Histerectomías supravaginales con pedículo extraperitoneal (tumores hasta de 10 kilogramos)	20	—	5
Histerectomías supravaginales con pedículo intraperitoneal (método de Schrœder)	2	—	2
Histerectomías combinadas vagino-abdominales	4	—	2
Histerectomía total (Doyen)	16	—	2
— — (Kelly, Segond)	46	—	8
— subtotal (Kelly puro)	16	—	2

Cuando los miomas únicos ó múltiples no rebasan cuatro traveses de dedo por encima del pubis, prefiero la histerectomía vaginal; cuando más, debe preferirse la abdominal, y digo esto porque yo me resisto mucho á lo que es antiartístico, y por esto me he resistido á que la vaginal se practique por el método que se quiera, sin que los peligros sean menores.

Por la vía abdominal encuentro que todos los procedimientos modernos son buenos siempre que reunan estas tres condiciones: ahorro de sangre, de traumatismo y de tiempo; yo no tengo preferencia por ningún método; los practico todos y elijo el que creo adecuado, según los casos.

Y del punto principal á que el Dr. Castillo hacía referencia, ó sea el referente á la histerectomía total ó subtotal, debo decir que sería preciso recurrir á las estadísticas, pero éstas dicen lo que uno quiere que digan, y además, depende del cómo se lean, pues es necesario unas veces leerlas al revés y siempre analizar los casos y las condiciones de cada enferma y no entusiasmarse sólo con las cifras, pues de las pequeñas estadísticas se pueden obtener éxitos y las desgracias de otras pueden depender de las condiciones, no siempre buenas, en que se opera, de la conciencia del cirujano ó de circunstancias especiales del caso.

Tanto la total como la subtotal me han dado muy buen resultado, y yo creo que lo darán siempre que se practiquen bien. Los partidarios de la subtotal se basan en la mayor facilidad y rapidez, en la ausencia de infección por la vagina, en la mejor sustentación de la bóveda vaginal, y forzando los argumentos, dicen que practicando este método, no sufren los trastornos de la menopausia, y que por el hecho de conservar el cuello, no desaparece el reflejo sensual. Yo no puedo asentir á estas razones, pues todos sabemos por la fisiología y por la práctica diaria cuán destituídas están de fundamento; en cambio, los partidarios de la total dicen que el

cuello sirve para que en él se verifique la transformación cancerosa ó sarcomatosa, pero yo no he visto confirmados estos temores, aunque no dudo que pueda suceder á poco que en ello se piense.

Yo opino que se deje ó no se deje el cuello, las enfermas jóvenes sufren los fenómenos vasomotores de la menopausia hasta que se habitúan, y se las favorece con la opoterapia; yo no he visto prolapsos vaginales ni en unas ni en otras. Los dos procedimientos son buenos, porque están bien reglados, y sólo existe una diferencia, y es la de que no siempre se prestan los fibromas á un mismo procedimiento, porque algunos se hacen intraligamentarios y dificultan el dejar muñón.

Indistintamente los practico, y tengo casi la misma mortalidad; los dos tienen los mismos tiempos, y si es verdad que es más peligroso abrir la vagina, este peligro desaparece desinfectando bien y suturando bien este conducto, como se hace con el muñón cervical.

A mi juicio, las dificultades no están en el procedimiento, sino en la disposición de los fibromas, y la operación dejará de ser reglada en el momento que existan complicaciones, bien por lesiones anexiales ó bien por adherencias, y yo creo que lo primero que debe hacerse es orientarse y buscar el fondo del útero, única manera de ir venciendo las dificultades; luego lo mismo resultará un procedimiento que otro.

El éxito está en preparar bien la enferma días antes, estudiar bien el caso y hacer un minucioso examen de todos los aparatos, analizando la orina y la sangre, purgar á las enfermas dos veces con aceite de ricino, no sólo para limpiar su intestino, sino para evitar las congestiones hepáticas que subsiguen á la cloroformización, y rodearse de una verdadera asepsia. Aun así, todavía quedará una incógnita que malogre nuestra obra y que nos haga ser muy cautos antes de imponer esta operación á las enfermas sólo por el hecho de ser portadoras de un fibroma uterino.

El Dr. *Cospedal* dice que ha tenido ocasión de practicar la mayor parte de los procedimientos operatorios, y recuerda una conferencia que explicó en el Colegio de Médicos, donde expuso los malos resultados obtenidos en las de pedículo extraperitoneal, á cambio de los muy buenos que se obtienen con los procedimientos modernos.

Cuenta 108 histerectomías abdominales, 14 extraperitoneales, 1 Faure Kelly, 75 por el procedimiento americano subtotal y 18 totales, de éstas 9 Doyen y 9 americano.

De la miomectomía abdominal no se ocupa, á pesar de haber obtenido éxitos, por no ser pertinente del asunto sobre que se le aludió, pero la hemorragia siempre inquietante de este procedimiento, aun haciendo la sutura especial, y el peligro que existe de pasar á la mucosa, le mueven á no aconsejarle.

Dice que antes de conocerse los procedimientos modernos sentía verdadero terror en aconsejar la intervención quirúrgica, pero que hoy está animado á proponerla, y las indicaciones las basa en la importancia de los síntomas, sobre todo en el de la hemorragia.

Cuando los fibromas no sangran, deben conservarse á menos de compresiones, complicaciones renales ó digestivas, pero si sangran, deja á las enfermas en completa libertad de operarse ó no, aconsejando la operación.

Dice que ha visto algunas enfermas de buena posición social que á pesar de sus buenos cuidados, no han logrado reponerse de las pérdidas que les ha ocasionado la hemorragia de su fibroma, y por esto cree que en casos de profusas hemorragias debe aconsejarse el tratamiento quirúrgico, porque éstas son llevaderas en esa clase de enfermas durante una temporada, pero más tarde las obligan á una intervención.

El Secretario de actas,
DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Un caso de mucocele etmoidal.—El Dr. D. C. Compaired, publica en el *Siglo Médico*, el siguiente caso clínico:

Se trata de un joven de diez y nueve años, quien acusaba imposibilidad respiratoria nasal del lado derecho, y alguna dificultad por parte de la fosa nasal izquierda. Sensación de estorbo y de plenitud intranasal alta, correspondiente á la raíz de la nariz. Algo de cefalalgia frontal y supraorbitaria intermitente y disminución notable del olfato.

Hacía depender su enfermedad de un golpe que recibió en la raíz de la nariz hacía cinco años, golpe que le dejó trastornado en absoluto durante algunas horas, con aturdimiento y pesadez de cabeza durante varios días, y que en el momento le produjo una rinorragia abundante.

A partir de este traumatismo le quedó dolor á la presión en toda la raíz de la nariz durante algún tiempo, aturdimiento y pesadez de cabeza, y sensación de estorbo y de obstrución en la fosa nasal derecha, que progresiva y paulatinamente se fué acentuando, hasta hacerse total y absoluta.

Coincidiendo con esta obstrucción y sensación de plenitud intranasal de la fosa nasal derecha, comenzaron á iniciarse diez ó doce meses después del traumatismo los mismos síntomas de dificultad respiratoria y de estorbo en la porción superior de la fosa nasal izquierda, y una molestia constante y fija en la parte correspondiente al punto central y anterior del propio nasal derecho, que sin constituir dolor, le hacía sufrir, sin embargo, bastante.

Un mes después advirtió un pequeño abultamiento en el sitio de la raíz de la nariz que recibió la contusión, abultamiento que fué creciendo lentamente, extendiéndose en todas direcciones, pero sin originarle ya dolor ni molestia alguna.

Desde esta época á la en que el Dr. Compaired vió al enfermo, ninguna otra hemorragia nasal le sobrevino, ni advirtió más molestias que las propias al obstáculo respiratorio intranasal absoluto del lado derecho, y menor del lado izquierdo.

Cuando le reconoció advirtió la tumoración de la raíz de la nariz, por la que no le consultaba el paciente. Este abultamiento, indolente á la presión, sin cambio de color en la piel que le cubría, era liso, marcándose sin embargo al tacto las prolongaciones lateral derecha que ocupa toda la por-

cida correspondiente al propio nasal, porción ascendente del maxilar superior y región del saco lagrimal: la prolongación central y la más pequeña correspondiente al lado izquierdo de la nariz. No era el tumor movible, ni depresible, y tenía una dureza resistente por igual en todos sentidos.

Se apreciaba en la fosa nasal derecha una tumoración redonda, lisa, ocupando y rellenando toda la porción olfatoria y parte de la respiratoria anterior, borrando en absoluto los contornos de los cornetes y de los meatos, y dejando un espacio estrecho en el meato inferior, en forma de embudo con su vértice posterior, por el que pasaba difícilmente un estilete cubierto de algodón en rama, impregnado en disolución acuosa de clorhidrato de cocaína al 10 por 100.

La mucosa que la cubría no presentaba ninguna alteración en su color ni en su constitución macroscópica.

Al tacto con el estilete no se deprimía, dando una sensación de dureza fibrosa. No provocaba dolor, ni hemorragia.

En la fosa nasal izquierda pudo apreciar un estado de congestión y de hipertrofia de la mucosa de los cornetes, y un pequeño abultamiento en la porción etmoidal que borraba el cornete y meato medios, el cual presentaba los mismos caracteres objetivos que el del lado derecho.

La rinoscopia posterior y el tacto retronasal demostraron la no irrupción de la masa tumorosa por fuera de las coanas.

Los senos frontales ni los maxilares participaban del proceso morboso. Unicamente existía opacidad absoluta en la región etmoidal.

La impresión diagnóstica que tales reconocimientos le produjeron fué la de calificar la tumoración intranasal de un fibrosarcoma.

Mas, como se consideraba uno mismo el neoplasma exterior y el intranasal, atendiendo á su manera de iniciarse y crecer, identidad de caracteres, propuso una operación seria por vía externa, con anestesia clorofórmica, que fué aceptada.

Incindida la piel desde el comienzo de la ceja en dirección á la punta de la nariz, encontró pronto la masa tumorosa que aisló de los tejidos periambientes en todos sentidos, viendo entonces que hacía su salida, merced á haber destruído y perforado el propio nasal derecho en su porción central, perforación que comprendía también un pequeño trozo de la rama ascendente del maxilar superior.

Con un escoplo recto, fuerte, separó y fracturó el referido hueso nasal de su articulación con su compañero y con el frontal, y unido todavía á su periostio y á parte de piel, lo reclinó forzadamente, separándolo cuanto pudo hacia el carrillo.

Entonces, y en el momento en que agarrada toda la masa tumorosa externa hacía tracción de ella con unas fuertes pinzas de presión continua para ir desecándola de la región etmoidal, se rompió por su porción comunicante, mucho más angosta y estrecha que las demás, dando salida á un líquido espeso, gelatinoso, coloide, dejando en su lugar una bolsa gruesa de aspecto fibroso, y haciéndole ver su error diagnóstico. El fibrosarcoma se convertía en una producción quística, en lo que se conoce con el nombre de mucocele etmoidal. Rectificaba su diagnóstico *à posteriori*, merced á un pequeño accidente en el acto quirúrgico.

A partir de este momento, semivaciado el contenido quístico del mucocele, pudo extirpar con relativa facilidad y menor traumatismo del que supuso en un principio, toda ó casi toda la bolsa quística alojada en la región etmoidal anterior de ambas fosas nasales, y rellenando el hueco quirúrgico con gasa yodofórmica que daba salida por cada fosa nasal, cerró y suturó todo el colgajo osteoperiostodérmico para que cicatrizase por primera intención, no quedando al paciente apenas cicatriz visible fuera del ligero hundimiento y falta de hueso del propio nasal del lado derecho, del diámetro aproximadamente de media peseta, que se observa en el centro de la línea cicatrizal que va del vértice de la ceja á la parte media del dorso de la nariz.

Un detalle interesante que pudo advertir en el acto de extirpar la bolsa quística, fué el comprobar á perfección la marcha seguida en su crecimiento, pues además de la perforación patológica comunicante con la región externa de la raíz de la nariz que existía en la porción central anterior del propio nasal derecho, y por la que se difundió dicha bolsa quística á través de las regiones del saco lagrimal derecho, raíz de la nariz y parte del lado izquierdo de la misma raíz nasal, existía otra abertura comunicante intranasal, por destrucción de una pequeña porción de la lámina perpendicular del etmoides, y que permitía la difusión de la tumoración quística desde el lado derecho, que es donde indudablemente debió comenzar, á la fosa nasal izquierda.

Las consecuencias post operatorias fueron rápidamente favorables. La herida externa se cicatrizó por primera intención, y en la región etmoidal anterior del lado derecho quedó un hueco limitado por abajo por el cornete inferior que permaneció normal. Desapareció el lagrimeo del ojo derecho, y tan sólo necesita el operado irrigarse á diario las fosas nasales, á fin de mantenerlas limpias de la secreción nasal que pueda estancarse y desecarse, quedando de este modo restablecida la función respiratoria nasal y la olfatoria, que habían sufrido notable disminución.— Sarabia.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 4 de Abril de 1906.

Lesiones de la vesícula en la litiasis de las vías biliares.—El Dr. *Delbet* presentó las piezas anatómicas—vesícula y vías biliares principales — de una mujer de treinta y nueve años, en la que había sido llamado á intervenir por accidentes gravísimos de retención biliar. A pesar de las grandes dificultades operatorias debidas á las adherencias numerosas y sólidas de las

vías biliares, consiguió, por una incisión yuxtaduodenal del colédoco, extraer un cálculo voluminoso de este conducto, y á la vez dar salida á una ola de pus procedente de la parte superior de las vías biliares. A pesar del desagüe del hepático, esta enferma murió tres días después. La autopsia demostró que la muerte fué debida, no á la peritonitis, sino á la angiocolitis difusa supurada.

Las piezas presentadas por el Dr. Delbet son interesantes, pues confirman la hipótesis emitida por él para explicar por qué, en los casos de obstrucción de las vías biliares por un cálculo ó por una neoplasia, se observa unas veces retracción y otras dilatación de la vesícula.

En estas piezas se ve en efecto: el conducto doble formado por la unión del hepático y del cístico, conducto doble que se continúa hasta detrás del duodeno. El conducto colédoco es muy corto, y se halla completamente detrás de esta parte del intestino; conserva la impresión del cálculo que extrajo rechazándolo á través de la incisión yuxtaduodenal del conducto doble (tomado al operar por el colédoco). Detrás de este sitio, es decir, en el sitio en que residía el obstáculo para el curso de la bilis, las vías biliares están muy dilatadas—conducto doble císticohepático, conducto cístico y conducto hepático—lo que prueba la exactitud de la teoría del Dr. Delbet. Esta teoría es negada al parecer por el estado de retracción en que se halla la vesícula; pero examinando más detenidamente la pieza patológica, se ve que hay un hecho que confirma dicha teoría: el conducto cístico se halla en efecto obliterado por un calculillo que dificultaba el reflujo en la vesícula, de la bilis acumulada detrás del obstáculo del colédoco.

El Dr. Delbet deduce una vez más que en las afecciones de las vías biliares, el estado de retracción ó de dilatación de la vesícula, depende no sólo de la naturaleza del obstáculo y de hallarse ó no inflamadas las vías biliares, sino también y principalmente, del sitio del obstáculo, porque la retracción de la vesícula depende más que nada de un cálculo del cístico ó de la porción del conducto doble císticohepático, y la dilatación implica, por el contrario, casi siempre, la existencia de un cálculo del hepático de la porción hepática del conducto doble ó del colédoco.

Perisigmoiditis.— El Dr. *Jalaguier* dijo que creía como el Dr. Broca cree, que entre los casos de supuración de la fosa ilíaca diagnosticados de «perisigmoiditis», muchos son supuraciones de origen apendicular infiltradas á la izquierda. No niega que existan las perisigmoiditis, pero cree que son rarísimas.

El Dr. *Michaux* manifestó que no admitía las críticas hechas por los doctores Hartmann y Lejar, á la denominación «perisigmoiditis» con que designó el caso presentado en la sesión del 7 de marzo último. Los Dres. Hartmann y Lejars creen que conviene reservar esta denominación á los flemones y abscesos perisigmoideos, dependientes de una lesión—inflamación, ulceración—de la S ilíaca. El Dr. Michaux cree, por el contrario, que es el sitio de la inflamación y no su causa lo que debe tenerse en cuenta para la denominación.

Por lo demás, el caso del Dr. Michaux, no es el único de absceso perisigmoideo causado por una infección no intestinal: la observación de Lejars, en la que se trataba de una perisigmoiditis consecutiva á un parto laborio-

so, ¿no merece figurar en la misma categoría? ¿No es lógico en efecto, creer que en este caso la perisigmoiditis reconocía por origen una infección procedente del útero ó de sus anejos?

Tratamiento de la sindactilia congénita. — El Dr. *Quénu* presentó un joven afectado de sindactilia congénita, de varios dedos de las dos manos. Ha ensayado en este caso diferentes procedimientos de autoplastia, recomendados para la curación de la sindactilia congénita: los procedimientos de Zeller, de Didot y la autoplastia por el método italiano (colgajo tomado de la piel del vientre). Este último es, en general, el que da mejores resultados.

El Dr. *Félizet* manifestó que, en efecto, el resultado obtenido por el doctor Quénu con el método italiano es muy satisfactorio, pero no perfecto, porque la comisura interdigital no está reconstituída de un modo irreprochable.

El Dr. *Quénu* respondió que este defecto no es debido al método, sino al operador, que cortó un colgajo muy corto.

El Dr. *Berger* cree también que el procedimiento de Didot, es insuficiente en la mayor parte de los casos. Prefiere el método de Forgue (de Montpellier), procedimiento que él ha modificado sustituyendo al colgajo tomado de la cara dorsal de la mano, otro cortado á la italiana sobre el epigastrio, el hipogástrico ó la región dorsal del tronco.

El Dr. *Bazy* dijo que en un caso reciente en el que ha empleado el procedimiento de Didot, ha obtenido un resultado mediano.

El Dr. *Nélaton* cree que el procedimiento de Didot, modificado por Félizet, es excelente en la mayor parte de los casos, pero que en otros es preferible recurrir al método italiano.

Tumor cerebral.—El Dr. *Legueu* presentó un enfermo operado de un glioma cerebral, que ocupaba el tercio inferior de las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes y cabalgaba sobre la cisura de Rolando. Este enfermo, á su ingreso en el Hospital, padeció crisis de epilepsia jacksoniana y signos de hemiparálisis izquierda. Como había padecido sífilis y había sufrido un traumatismo craneano grave, el diagnóstico exacto de la lesión no pudo hacerse antes de la operación.

El tumor fué extirpado sin incidente alguno. Las consecuencias operatorias fueron benignas. Desde la operación las crisis epilépticas no han vuelto á presentarse, la parálisis izquierda ha desaparecido casi en absoluto, y el enfermo puede dedicarse á sus ocupaciones diarias.

El Dr. Legueu se pregunta—sin poder decidirse en un sentido ó en otro—si, en este caso, el traumatismo craneano sufrido por el enfermo ha influído algo en la producción del tumor ó si, por el contrario, fué consecuencia de un desvanecimiento, de un vértigo, primera manifestación de un tumor que existía ya.

Ileorectostomía. — El Dr. *Hartmann* presentó un hombre de cincuenta y ocho años, al que necesitó practicar hace algún tiempo, una cecostomía de urgencia por accidentes de oclusión intestinal, de origen neoplásico. Este hombre deseó verse libre de su ano cecal, y el Dr. Hartmann practicó la ileorectostomía por el procedimiento de Lardennois, excluyendo así todo el intestino grueso de la circulación de las materias.

Le ha sorprendido la facilidad con que pudo ejecutar esta operación, empleando el botón y la pinza de Lardennois. Su enfermo expulsó el botón por el ano á los ocho días. Actualmente se halla en vías de curación, quedándole sólo una fistulilla cecal que apenas segrega, válvula de seguridad que el Dr. Hartmann se guarda muy bien de cerrar.

(*La Presse Médicale*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión del día 28 de Marzo de 1906.

La teobromosa. — El Dr. Desesquelle, en nombre del Dr. Dumesnil: Sabido es que la teobromina tiene el inconveniente de ser insoluble, y por esto son tan lentos los efectos que produce. Pues bien; reemplazando en la teobromina un átomo de hidrógeno por uno de litio, se obtiene un nuevo compuesto químico, la *teobromosa*, el cual conserva las propiedades terapéuticas de aquélla y es además eminentemente soluble. Este producto cristaliza en finas agujas sedosas. Fácilmente soluble, la teobromosa podría emplearse en inyecciones hipodérmicas; pero desgraciadamente estas inyecciones son dolorosas, como las de la cafeína. Administrada por la vía gástrica, ha dado resultados muy satisfactorios en los brighticos. Por mi parte, he tenido ocasión de emplearla en un caso de mal de Bright, y obtuve una acción diurética de las más rápidas. La dosis de la teobromosa es de 15 centígramos al día, repartidos en varias tomas, dosis que, como efecto terapéutico, corresponde á medio gramo de teobromina. La teobromosa se descompone fácilmente bajo la influencia del ácido carbónico del aire, y por lo tanto no se prescribirá, en poción, más que la dosis destinada á ser consumida en veinticuatro horas.

Tratamiento de los abscesos de la mama por la yodacetona. — El Dr. Camescasse: Dándonos á conocer la yodacetona, nuestro colega Daulos ha prestado un gran servicio á los médicos de las poblaciones rurales. Dicho producto aseptiza los procesos inflamatorios superficiales, y cuando interviene demasiado tarde para impedir la formación de una colección purulenta, provoca la fluidez del contenido del absceso, transformándolo en una masa indiferente, que se abrirá con facilidad y que se vaciará de una vez, curando la herida por reunión inmediata. Cuando se trata de una región provista de conductos de evacuación naturales, aunque sean casi capilares, no hay necesidad de incindir, porque el pus es tan fluido que se evacua espontáneamente. Esto es lo que ocurre en los abscesos de la mama siempre que se puedan hacer embrocaciones con yodacetona en la parte afectada y no se haya formado ya una colección voluminosa que distienda la piel y esté completamente aislada. Por roja, dura, hinchada y caliente que esté una mama, se debe comenzar con las embrocaciones de yodacetona; si existe un tumor blando en algún punto, se le incindirá media hora después ó al día siguiente, pero en todo caso es necesario aplicar, á las dos horas de la embrocación y sobre el tumor, un saca-leches con depósito, y

de este modo se podrá extraer sin dolor una mezcla de leche, pus y serosidad más ó menos sanguinolenta; al día siguiente se encontrará la piel arrugada, y á los dos días la mama habrá recobrado por todas partes su consistencia normal. Esto es lo que nosotros hemos observado por casualidad, mi colega Blotin (de Dourdou) y yo, en una enferma pusilánime que rechazó obstinadamente la incisión. Después he observado repetidas veces el mismo hecho. — (*Bull. Méd.*, núm. 26, 1906). — CODINA CASTELLVÍ.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 24 de Abril de 1906.

Tratamiento seroterápico de las infecciones blenorrágicas y de la púrpura hemorrágica. — El Dr. *Porter Parkinson* leyó un trabajo escrito en colaboración con el Dr. Soltau Fenwick. Expusieron en él los resultados obtenidos por el tratamiento seroterápico en la piemia y reumatismo blenorrágicos, y en la blenorragia aguda. En todos los casos el diagnóstico de la afección fué confirmado por el examen bacteriológico. El suero antiestreptocócico polivalente fué administrado por el recto, método que los autores creen preferible á la inyección subcutánea. Este tratamiento es tan eficaz que todos los enfermos sometidos á él en los dos años últimos curaron en pocos días. Ha sido empleado también con éxito en dos enfermos de púrpura hemorrágica, uno de los cuales se hallaba casi moribundo al principiar el tratamiento.

El Dr. *S. Paget* manifestó que al parecer carece de importancia que el suero se use en la infección blenorrágica aguda ó crónica. ¿Su valor en la púrpura hemorrágica, debe atribuirse al mismo mecanismo que en las infecciones sépticas?

El Dr. *Campbell Williams* dijo que existen tres variedades del llamado reumatismo blenorrágico, la forma celulítica, en la que probablemente el suero es más que útil, la forma artrítica y la artrálgica, con neuritis y periostitis; estas últimas formas son debidas, según toda probabilidad, á una toxina en circulación y que obra sobre los tejidos fibrosos. Los Dres. Fenwick y Parkinson creen que la blenorragia es una infección mixta. El método que recomiendan es, al parecer, eficaz y digno de ensayarse hasta en la salpingitis blenorrágica.

El Dr. *J. P. L. Mummery* aconsejó administrar el suero por el recto. El tratamiento de la blenorragia es más difícil en los últimos períodos, y el método ha sido eficaz, al parecer, en estos períodos, en los casos referidos.

El Dr. *Porter Parkinson* dijo que el recto no exige otra preparación que la de ser lavado cuando se emplea el suero por esta vía. La púrpura es debida á toxinas ó á microorganismos. En dos de los casos referidos se encontró el gonococo sólo en el flujo uretral y en la pleura. Cree que el suero puede ser útil en la oftalmía blenorrágica.

(*British Med. Journal*). — F. TOLEDO.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesiones de los días 7 y 16 de Marzo de 1906.

Operaciones en el cuello. — El Dr. *Gluck* hace comparecer algunos de los enfermos que ha presentado hace dos días en la Asociación libre de Cirujanos. En dichos enfermos ha practicado extensas operaciones en el cuello, tales como extirpaciones de la laringe, de la faringe y de la lengua, según un método ideado por el autor. Lo esencial de este método consiste en evitar la neumonía por deglución, cosiendo aparte, hasta donde ello sea posible, el conducto aéreo y el alimenticio.

El Dr. *Gutzmann* dice haber comprobado en uno de estos enfermos, al que se le ha practicado la extirpación total de la lengua, que puede pronunciar todas las letras excepto la *d* y la *t*; la *l* la pronuncia con el resto que le ha quedado de geniogloso; la *r* se forma en la laringe.

El Dr. *Ewald* ve en estos casos la prueba de que el bolo alimenticio no es impelido por movimientos peristálticos del esófago, sino por una contractura de la faringe que lo empuja por el esófago hasta el estómago.

El Dr. *Gluck* dice haber observado estos hechos muchas veces.

Priapismo de dieciséis días de duración. — El Dr. *Lohnstein* presenta un hombre de cincuenta y un años, que está casado desde los veinticinco. Este hombre, después de un coito interrumpido, le quedó una erección permanente, para vencer la cual practicó al día siguiente el coito seguido de eyaculación, sin que á pesar de ello hubiese mejorado su situación, en la que lleva actualmente dieciséis días.

La causa á qué atribuir este priapismo prolongado no se ha podido descubrir; el sistema nervioso central está intacto y también se hallan sanos todos los órganos interiores. La emisión de la orina se efectúa de un modo normal. Cuando el paciente está descansando, los dolores son escasos, pero se acentúan extraordinariamente al menor movimiento. El estado puede persistir aún varias semanas, y para calmarlo se han prescrito narcóticos y baños de asiento.

Ocronosis. — El Dr. Pick: Con el nombre de ocronosis designó Virchow, en 1866, por primera vez, un estado que descubrió casualmente, caracterizado por la existencia de una acumulación de pigmento en los cartílagos y en otras partes de estructura análoga, tales como tendones, ligamentos, fascias y túnica interna de la aorta. Sus sospechas de que estos casos deben ser rarísimos se han realizado, puesto que de entonces acá no se han descrito más que ocho casos de ocronosis. Al mismo tiempo se ha comprobado que el pigmento puede estar difundido ó en gránulos, que es intracelular y que en algunos casos, aunque no en todos, los órganos respectivos se hallan en estado de metamorfosis grasosa.

He tenido ocasión de ver una mujer de setenta y siete años que ya en vida presentaba una pigmentación sumamente acentuada en la cara y en las manos. Dicha pigmentación, que en parte era azul y en parte morena, no podía ser debida ni al mal de Addison ni á cianosis, precisamente por esta variedad de matices. Por lo mismo diagnostiqué una ocronosis. Como antecedentes, lo único que se pudo averiguar fué que la enferma, á causa

de una úlcera de la pierna, había usado durante varios años fomentos fenicados muy cargados de medicamento.

La autopsia confirmó el diagnóstico establecido en vida. La pigmentación se encontró en todos los órganos cartilaginosos (cartílagos costales, articulaciones, discos intervertebrales), en los tendones, en los ligamentos y en la aorta. Todas estas partes aparecían de color azul obscuro en su superficie externa y de color moreno en su superficie de sección (fenómeno de interferencia). En los riñones, que aparecen al corte de color amarillo moreno, se ven algunas concreciones negras como el carbón; con el microscopio se descubren cilindros pigmentados en los conductillos uriníferos, cilindros que en algunos casos se podrían utilizar para el diagnóstico clínico.

Lo que más ha llamado la atención en este caso ha sido la pigmentación cutánea. Es imposible obtener puro el pigmento. Lo único que sabemos de él es que es soluble en las disoluciones alcalinas muy calientes y que no contiene hierro; por lo tanto, no proviene de la hemoglobina, y más bien parece tener afinidades con la melanina. Albrecht interpreta la ocronosis como una enfermedad de la nutrición; supone que en estos casos se verifica de un modo incompleto la descomposición de la albúmina, que se forma alcapton, al que se asocia un resto de fenilo, y que de este modo se origina la materia colorante obscura.

El Dr. *Langstein* cree que la alcaptonuria es una anomalía congénita de la nutrición. Los que la padecen expelen una orina que se vuelve muy obscura, sobre todo si se le añade un álcali; además, reduce las sales de plata y de cobre.

El autor ha analizado los órganos del caso presentado hoy, pero el extracto etéreo de los mismos no da ninguna reacción que pueda orientarnos sobre la naturaleza del pigmento. Las concreciones renales se disuelven en los álcalis muy calientes y no contienen nada de hierro. La materia en cuestión se parece mucho á la melanina. En el caso actual no había nada de alcaptonuria.

El Dr. *Davidsohn* refiere haber hecho la autopsia de dos casos de ocronosis el año 1901; ambos se referían á ancianos con arterio-esclerosis, y en los dos se encontró una úlcera redonda del estómago

El Dr. *Hansemann*, que también ha descrito un caso hace algún tiempo, dice que su enfermo estuvo expeliendo una orina obscura ocho años seguidos. Los casos distintos no se pueden agrupar bajo una misma clave, y tampoco está demostrado todavía que el pigmento se forme á expensas de la cromatina. — (*Deutsche Medizinal Zeitung*). —R. DEL VALLE.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 16 de Marzo de 1906.

Epispadias operado. — El Dr. *Antonio de Frisch* presenta un joven de dieciséis años al que le ha operado hace tres años por el método de Thiersch un epispadias del pene, completo y con infundibulum.

Aunque el defecto había quedado cerrado, persistía la incontinencia de

orina. Para remediarla, apeló á las inyecciones de vaselina. Después de introducir un dedo en el recto, hizo penetrar la aguja por el periné hasta que la punta se sentía inmediatamente al lado de la porción membranosa. Entonces inyectó á cada lado 3 cm³ de vaselina. El paciente en la actualidad puede contener la orina por completo.

Cuerpo extraño extraído con auxilio de la broncoscopia. — El Dr. *Ottokar Chiari* presenta una mujer de sesenta y siete años, de cuyo bronquio principal derecho extrajo el 15 de marzo un hueso de 10 milímetros de ancho, 8 de grueso y 28 de largo. La extracción se ejecutó mediante la broncoscopia superior directa de Kilian, previa anestesia cocaínica y con auxilio de una pinza larga con mango, de Schrötter. La iluminación se consiguió con la lámpara eléctrica frontal de Kirchstein. El cuerpo extraño tenía su extremo más delgado á 29 centímetros de distancia del borde del maxilar superior; fué cogido con la pinza y extraído sin dificultad juntamente con el tubo, cuyo calibre es de unos 9 milímetros.

Tortícolis congénito. — El Dr. *Adolfo Lorenz* presenta una mujer de veintinueve años, que nació con tortícolis y fué operada á la edad de doce años. Al poco tiempo recidivó la afección.

El 28 de enero último se practicó la sección subcutánea del esternocleidomastoideo, seguida en el acto de enderezamiento modelador de la escoliosis cervical, enderezamiento que exigió bastante tiempo y trabajo á causa de la gran rigidez de la escoliosis. Una vez vencida ésta y corregida con exceso, se colocó el vendaje usual en diadema. Al día siguiente se vió que estaba muy debilitado el brazo del lado enfermo (derecho), y al quitar entonces el vendaje, se encontró una parálisis completa del brazo, y en especial del deltoides, estando muy disminuída la excitabilidad eléctrica, particularmente la de este músculo. La parálisis se curó en cinco semanas, sin duda porque se procedió en el acto á hacer cesar la distensión permanente de los nervios respectivos.

La deformidad del tortícolis es rarísima hoy en día en el adulto. Si se presentara otro caso, el autor practicaría la extirpación parcial del esternocleidomastoideo á lo Mikulicz, y después de curada la herida, procedería muy lentamente al enderezamiento por medio de la gimnasia. El caso actual muestra lo favorable del pronóstico de ciertas parálisis periféricas.

Con este motivo dice el autor que en el caso de parálisis del deltoides presentado por Gersuny hace catorce días, la curación acaso haya sido debida más á la naturaleza que al arte, puesto que se sabe de casos análogos que se han curado en el mismo plazo sin ninguna intervención. La parálisis espinal del deltoides es la que hasta ahora ha suministrado la indicación para la artrodesis del hombro, á fin de utilizar de este modo el trapecio para la elevación del brazo. Sólo cuando se llegue á conseguir, mediante ingerto muscular, que un deltoides afectado de parálisis espinal recobre lo más pronto á los seis meses de la afección medular la mitad nada más de la aptitud funcional que puede recobrar espontáneamente el deltoides afectado de parálisis periférica, es cuando habrá que abandonar la indicación de la artrodesis del hombro y modificar profundamente el tratamiento quirúrgico de las parálisis parciales al modo como espera Gersuny que habrá de llegar á suceder.

El Dr. *Roberto Gersuny* reconoce que quizá estén justificadas las objeciones que se han hecho á su caso. Cree, sin embargo, que la operación que aconseja tiene razón de ser, porque con ella nos proponemos, en primer término, una autoplastia muscular bien dirigida.

El Dr. *Lotario de Frankl-Hochwart* dice, respecto al caso de Gersuny, que si bien cabe la esperanza de una mejoría espontánea, se corre gran peligro de que se atrofie el miembro, y que, por otra parte, la operación no puede causar mayor perjuicio.

El Dr. *Moritz Benedik* dice que si en un caso de parálisis traumática la exploración eléctrica demuestra que hay una degeneración profunda de los músculos, está indicado operar, aunque la restitución funcional acaso se hubiese podido lograr más tarde de otra manera.

El Dr. *Emilio Redlich* opina que en el caso de Gersuny acaso esperando se hubiese obtenido la curación espontánea. Las parálisis periféricas son de mejor pronóstico que las de los plexos. Conviene recordar que hay casos en que el nervio no es excitable mediante la electricidad por debajo de la lesión y lo es por encima de la misma.

Herida por arrancamiento; curación por el método de Thiersch. — El doctor *Jorge Lotheissen* presenta una muchacha de veinte años que sufrió una herida por arrancamiento de la piel en julio último. Fracasada la curación directa y el método de Reverdin, se empleó el de Thiersch, cubriendo el defecto, de 36 centímetros de largo por 28 de ancho, con colgajitos tomados de la región pubiana para remediar la falta de la ceja. La operación se hizo en varias sesiones y se logró con ella cubrir el defecto y que la enferma pudiera cerrar bien los ojos, cosa que no podía hacer antes de la operación.

Con el método de Thiersch se salvan estos enfermos, cuando antes se habrían muerto de erisipela, puohemia ó meningitis casi la mitad.

Dermatitis arsenical. — El Dr. *Carlos Ullmann* presenta un hombre de treinta y dos años que, á causa de venir padeciendo hace varios de psoriasis vulgar, fué tratado últimamente, *intus et extra*, con licor de Fowler hasta llegar á 40 gotas diarias. Con este tratamiento mejoró muchísimo el psoriasis, pero desde hace cuatro semanas se ha presentado una dermatitis arsenical.

Es muy poco frecuente que el arsénico modifique favorablemente el psoriasis, como ha sucedido en este caso; en cambio, no evita las recidivas y ocasiona á menudo dermatitis, hiperqueratosis y también hiperpigmentosis.

Por lo tanto, el arsénico sólo debe usarse en los casos de psoriasis grave ó complicado con gran anemia ó con otras afecciones que requieran el uso de dicho medicamento.

Tricofitia tratada con los rayos Röntgen; resultado extraño del tratamiento.— El Dr. *Carlos Ullman* presenta un caso de tricofitia que á causa de su rebeldía fué tratado con los rayos Röntgen, dosis 4H de la escala de Holzknecht. A las tres semanas de tratamiento empezó á caer todo el pelo, quedando en la periferia casi todo el atacado por la enfermedad y nada más que él.

El Dr. *Gottwald Schwarz* explica el hecho recordando que cuanto mayor

es la energía de crecimiento de un complejo celular, tanto más sensible es éste respecto á los rayos Röntgen. Lo mismo sucede con las células de la médula ósea, del bazo y de los tumores ganglionares en la leucemia y con las del sarcoma.—(*Wiener klinische Rundschau*). — R. del Valle.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la blefaritis.—El Dr. E. Dufau ha obtenido por vía húmeda un óxido puro de mercurio, al que se ha dado el nombre de naranjado. Tiene sobre el amarillo la ventaja de quedar más fácilmente puro por los lavatorios y sobre el rojo la de dividirse mejor por la porfirización. El doctor Carles utiliza este nuevo óxido mercúrico en las blefaritis, y recomienda la fórmula siguiente:

Oxido mercúrico naranjado	1	gramo
Vaselina pura	5	—
Lanolina	10	—

Para uso tópico.

El óxido debe triturarse en la vaselina caliente y no con aceite vegetal como suele hacerse.

Esta pomada es fusible á la temperatura del cuerpo, carece de acción reductora sobre el óxido mercúrico y neutraliza la acción cáustica de la sosa que se forma al descomponerse el cloruro de sodio de las lagunas en sosa y en cloruro mercúrico.

(*Les Noveaux Remedes*, 8 febrero 1906).—F. Toledo.

Pancreatitis parotidítica.—El Dr. B. Auché describe dos casos de pancreatitis, sobrevenida en el curso de una parotiditis epidémica (paperas), complicación rarísima. Se trataba de dos niños de nueve y doce años respectivamente, en los que se presentaron en forma de accesos dolores entre el apéndice xifoides y el ombligo, cuyos dolores se irradiaban á lo largo del arco costal izquierdo hasta la región esplénica, y en algunos casos hasta la lumbar ó entre los hombros. Van acompañados de ligera elevación de temperatura, y no se presentan hasta que han desaparecido ó poco menos los síntomas parotídeos. Generalmente se complican con náuseas y vómitos, y en muchos casos también con diarrea. El pronóstico de esta pancreatitis es favorable, y no exige tratamiento alguno.

(*Journ. de méd. de Bordeaux*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE EL RESIDUO SÓLIDO DE LA ORINA

Y SU IMPORTANCIA EN EL ESTUDIO DE LAS ENFERMEDADES RENALES

POR

D. JERÓNIMO PERALTA

Médico del Cuerpo de Sanidad militar.

(Conclusión)

OBSERVACIÓN 2.ª — *Nefritis atrófica.* — Soldado de veintiún años, rancherò en el regimiento de América, entra en la clínica á fines de diciembre de 1904, diagnosticado por el médico de su Cuerpo de nefritis; no da antecedentes patológicos hereditarios, y en cuanto á los personales, nos dice que desde hace un mes tiene poco apetito y mucha debilidad; que desde hace días padece de cefalalgias frecuentes, y que tiene algún que otro vómito; apreciamos ligero edema facial, especialmente en los párpados, decoloración muy acentuada de las mucosas, algo de apatía é indiferencia intelectual y temperatura más cercana á la del colapso que á la normal. Analizada la orina de las veinticuatro horas, acusa 1,23 gramos de albúmina. Sometemos al enfermo al tratamiento oportuno y procedemos á practicar las dosificaciones del residuo sólido. Este individuo entró en la clínica con manifestacioaes urémicas, que fueron marcándose más cada día; á la cefalalgia, vómitos, insomnio, etc., hemos de añadir la pérdida intermitente de la visión, revelándonos el oftalmoscopio por única lesión, una grande decoloración de ambas retinas; el 16 de enero los vómitos son casi incoercibles, tiene diarrea y notamos una ligera disnea; reconocido, apreciamos una pericarditis incipiente con ruido de roce; á los dos días era muy evidente, por el ruido de galope, roce intenso, pulso dícroto y los síntomas de un derrame pericardíaco. Todos nuestros esfuerzos fueron inútiles en este enfermo; apenas si conseguimos refrenar algo la

marcha de su proceso, y el 26 de enero murió por impotencia cardíaca consecutiva á una miocarditis (quizá propagada del pericardio), de origen urémico. La autopsia nos confirmó el diagnóstico; los riñones estaban retraídos, la cápsula fibrosa muy adherida al parénquima, atrofiada la cápsula adiposa, disminuídos notablemente en su peso, y al cortar el órgano, vimos la superficie de sección de un color rojo sucio, con estrías de color blanco sucio, dando la sensación el corte del tejido fibroso. El análisis histológico nos revela la destrucción del parénquima renal, los tubos y glomérulos han desaparecido en muchos sitios, ahogados por la hiperplasia del tejido celular, infiltrado por considerable número de células de nueva formación; en otros, los tubos están excesivamente dilatados, con la capa epitelial de revestimiento discontinua; en una palabra, la destrucción del parénquima renal es casi total, y el estudio de las preparaciones permite formarnos una idea de las deplorables condiciones en que se encontraba el filtro renal, explicándonos la tendencia constante durante el curso del proceso á la disminución de la orina y del residuo sólido.

A continuación figuran los resultados de los análisis ó dosificaciones del residuo sólido en las orinas de este enfermo:

Cantidades de orina en las veinticuatro horas.....	Día 1.° Enero, 950 gramos....		Peso de este individuo, 58 kilogrs. C. m., 13,39 : 58 kilogramos. = 0,23 centígramos.
	» 8 » 1.000 »	Cant. media, 712 grs.	
	» 16 » 800 »		
	» 23 » 100 »	....	
	Total..... 2.850 : 4 = 712 gramos.....		
Cantidades del residuo sólido en cada orina.....	1.°..... 17,77 gramos		RELACIÓN 1 kilogramo. = 0,23 centígramos.
	2.°..... 18,30 »	Cant. media, 13,39 grs.	
	3.°..... .. 15,20 »		
	4.°..... 2,30 »	....	
	Total..... 53,57 : 4 = 13,39 gramos..		

Fijándonos en los resultados de las dosificaciones, vemos la tendencia al descenso en las cantidades de orina y del residuo sólido, figurando éste con relación al peso con 0,23 centígramos cifra que, comparada con la normal, acusa una desproporción notable.

Observación 3.ª — *Nefritis parenquimatosa hematúrica.* — Grueso riñón blanco. Músico del Regimiento de Cantabria, de treinta años de edad; ingresa en la clínica el 2 de octubre último, con una tuberculosis pulmonar. Interrogado el enfermo, nos dice que además de las molestias del aparato respiratorio, tos, etc., ha notado que orina con más frecuencia de lo normal y que emite sangre con la orina;

explorado el enfermo, acusa dolor intenso á la presión en las regiones para-umbilicales y en ambos ángulos costovertebrales, más acentuados en el lado derecho y tan vivos que no nos permiten reconocer las regiones renales á fin de formar juicio del volumen, forma, etc., de los riñones; por el tacto rectal apreciamos que la próstata y vesículas seminales estaban normales, pero comprimiendo con la extremidad del dedo los orificios uretero-vesicales, despertamos dolor en los dos; los testículos y epidídimos no tienen alteración apreciable. Recogida la orina de las veinticuatro horas, y examinado el sedimento al microscopio, notamos en él numerosos glóbulos rojos y blancos, cristales de ácido úrico, cilindros fibrinosos con glóbulos rojos, otros granulosos y epiteliales y cilindros hialinos. Diagnosticamos una nefritis doble de naturaleza probablemente tuberculosa, dado el proceso pulmonar relativamente antiguo que padecía el enfermo. No pudimos investigar el bacilo de Koch. Ordenamos que recojan diariamente la orina total de las veinticuatro horas para dosificar el residuo sólido y formar mejor juicio del grado de depuración renal. El 12 de octubre tiene el enfermo los primeros síntomas urémicos, diarrea y vómitos, apareciendo edema en las piernas y párpados; el apetito escaso; á los pocos días comprobamos derrame peritoneal; los vómitos se repiten sin causa aparente que los justifiquen y la cantidad de orina disminuye algunos días notablemente; la anemia es muy acentuada; el 19 aparecen complicaciones cerebrales, somnolencia y apatía, saltos de tendones; comprobamos un hidrotorax, no muy extenso; los edemas tienden á generalizarse; el 26, el enfermo está anúrico, exhalando un olor urinoso repugnante; conseguimos restablecer la secreción de orina, si bien de un modo escaso y deficiente; el 28, el corazón no responde al estímulo terapéutico, decae cada vez más y el paciente muere comatoso y asistólico, presentando algunos ataques convulsivos horas antes de su muerte.

Autopsia. — Prescindimos de enumerar las múltiples lesiones pulmonares y pleuríticas de naturaleza tuberculosa que tenía el enfermo para concretarnos sólo al aparato génito-urinario. En éste vimos: la uretra, la vejiga y los uréteres normales; la vejiga, muy contraída, contenía unos 8 ó 10 gramos de orina hemorrágica; los riñones estaban considerablemente aumentados en su volumen, muy decolorados, con un color blanco rojizo; su consistencia muy fragil y quebradizo el tejido; seccionados, vimos: la substancia cortical de color blanco sucio, la medular de un rojo moreno, multipli-

camos los cortes, sin encontrar ni un tubérculo, ni aun en el período de crudeza; los bacinetes normales, la cápsula adiposa, hipertrofiada. El análisis histológico nos revela en los varios cortes que hemos preparado, tratando á unos por el picrocarmin y otros por la hematoxilina, las lesiones características de una inflamación total de los elementos del riñón; se aprecian exudados intertubulares, con disminución en la luz de los tubos, otros están muy dilatados, algunos desprovistos de su epitelio de revestimiento y llenos de cilindros hialinos y granulosos; los glomérulos, unos están hipertrofiados, otros ahogados por la infiltración celular intertubular; la generalidad de ellos presentan un fuerte engrosamiento de su cápsula y abundante infiltración intraglomerular y paraglomerular. Todas estas alteraciones son difusas y generalizadas en ambos riñones. Por lo tanto, no se trataba en este caso de una nefritis tuberculosa, como en un principio diagnosticamos, sino de una inflamación parenquimatosa ordinaria, salvo el carácter de ser hematúrica; esto es, del grueso riñón blanco de los autores.

A continuación copiamos los datos obtenidos en los análisis de la orina, que dividimos en dos grupos:

Primer grupo.

Cantidades de orina en las veinticuatro horas.....	Día 4 Oct., 1.720 gramos.....	Cant. media, 1.682 grs.	Peso de este individuo en el 4.° análisis, 45 kilogrs. C. m., 25,48 : 45 kilogramos. = 0,56 centígramos
	» 9 » 1.600 »		
	» 13 » 1.300 »		
	» 17 » 2.110 »		
	Total... . 6.730 : 4 = 1.682 gramos..		
Cantidades del residuo sólido en cada orina.	1.°..... 25,80 gramos.....	Cant. media, 25,48 grs.	RELACIÓN 1 kilogramo. = 0,56 centígramos.
	2.°.... . 22,40 »		
	3.°..... 22,10 »		
	4.°..... 31,65 »		
	Total.... 101,95 : 4 = 25,48 gramos.....		

Segundo grupo.

Cantidades de orina en las veinticuatro horas.....	Día 24 Oct., 1.365 gramos.....	Cant. media, 1.020 grs.	C. m., 18,01 : 45 kilogramos. = 0,40 centígramos.
	» 27 » 675 »		
	Total..... 2.040 : 2 = 1.020 gramos.....		
Cantidades del residuo sólido en cada orina.....	1.°..... 21,84 gramos.....	Cant. media, 18,01 grs.	RELACIÓN 1 kilogramo. = 0,40 centígramos.
	2.°..... 14,18 »		
	Total..... 36,02 : 2 = 18,01 gramos.....		

En estos análisis vemos: en el primer grupo, que la proporción del residuo sólido al kilogramo 0,56 centígramos muy inferior á la

normal; en el segundo grupo, el descenso es más acentuado aún puesto que baja á 0,40 centígramos. En este enfermo las hematurias han persistido con muy escasas variaciones durante todo el tiempo que le hemos observado, logrando sólo atenuarlas ligeramente con los hemostáticos al interior y las ventosas secas á la región lumbar.

Ahora bien, ¿qué consecuencias podemos deducir de estos hechos bajo el punto de vista clínico? ¿Pueden tener alguna trascendencia para el diagnóstico y pronóstico de las lesiones renales? ¿Pueden ser de alguna utilidad en el tratamiento de dichas lesiones, y sobre todo, pueden servirnos para formar juicio de la capacidad funcional del aparato renal? Creemos que sí, muy especialmente para el pronóstico y para fijar el grado ó intensidad de la depuración renal. Los análisis parecen demostrar que tanto menor sea el resíduo sólido, más extensa y profunda es la lesión renal; luego la determinación del resíduo sólido no solamente puede ilustrarnos para fundar un pronóstico racional y lógico, sino que encontraremos además en él un auxiliar muy eficaz para calcular aproximadamente la capacidad funcional de los riñones. No obstante, al intentar deducir consecuencias, no estamos libres de perplegidades y vacilaciones ante la duda de haber interpretado torcidamente los hechos, y aun cuando creemos en la exactitud de los datos fundamentales, tememos aventurarnos en ese terreno; sin embargo, como no tenemos la pretensión de no equivocarnos, y por otra parte, nuestro trabajo no tiene más fin y objeto que difundir luz sobre la patología renal, intentaremos este trabajo de síntesis y relación, que si no estamos en lo cierto, otros más competentes pondrán en evidencia nuestro error y la ciencia nada pierde con ello.

Bajo el punto de vista del diagnóstico de una lesión renal, creemos que tiene escaso interés la determinación del resíduo sólido de la orina; datos mucho más importantes y tempranos nos dan á conocer la lesión, como es la albuminuria, por ejemplo, los edemas, los pequeños signos del brightismo, etc. En nuestro criterio, tienen mucha más importancia en el diagnóstico de una lesión renal todos los datos y signos obtenidos por la exploración local de la región renal, los que nos revela el examen del estado general y los no menos importantes que la investigación histoquímica de las orinas nos evidencia, descubriendo los cuerpos anormales que suelen contener en los nefríticos. La dosificación del resíduo sólido tiene muy escaso interés en el diagnóstico, por ser un fenómeno tardío y consecutivo

á una *renal* precisamente. Respecto al pronóstico, no podemos opinar de igual manera: es evidente, á priori, que será tanto más grave cuanto más reducida sea la proporción del residuo sólido á kilogramo de peso: un individuo afectado de mal de Bright, en el que el residuo sólido de su orina sea muy bajo y en el que no logremos, mediante un tratamiento conveniente, elevar y mantener elevada esa proporción, consideraríamos su pronóstico como muy grave. En la observación 1.ª podemos ver que el enfermo emite un residuo sólido relativamente crecido en los primeros días de su tratamiento, coincidiendo esto con la emisión de una mayor cantidad de orina, la casi desaparición del anasarca y un alivio muy acentuado de todos los fenómenos urémicos; absorbido y eliminado el líquido del anasarca, disminuye el residuo sólido, pero con un tratamiento apropiado conseguimos elevarlo poco á poco, mejorando al mismo tiempo el estado general del enfermo. A su reingreso en nuestra clínica el 1.º de septiembre, vemos que ha disminuido en peso y que el residuo sólido de la orina ha subido un poco más, siendo su estado general bastante satisfactorio. Fijémonos ahora en la observación 2.ª: el residuo sólido en este enfermo fué disminuyendo lentamente y casi sin interrupción hasta descender á dos y pico de gramos en las veinticuatro horas, presentándosele una pericarditis y un hidrotórax que apresuraron la funesta terminación del proceso, y ahora preguntamos: ¿existe alguna relación entre las complicaciones tan frecuentes en estos enfermos y el grado de depuración urinaria? No podemos asegurarlo, pero creemos que tanto las complicaciones serosas y viscerales, que tan á menudo suelen complicar el proceso, como los fenómenos urémicos, tienen cierta dependencia con la cantidad de residuo sólido eliminado por los riñones, y aun cuando es muy aventurado fijar cifras, por lo que hasta ahora hemos observado, creemos que por debajo de 0,60 por kilogramo, son frecuentes las complicaciones urémicas y flegmásicas; de todas maneras, hacen falta muchas más observaciones para confirmar ó rectificar ese dato. En la observación 3.ª notamos fenómenos análogos.

Respecto al tratamiento, poco hemos de decir, puesto que cuando los riñones son asiento de alteraciones anatómicas definitivas é irreparables, nuestros esfuerzos son estériles, la vida está definitiva é irremediablemente comprometida en un plazo más ó menos largo; podremos combatir algunos síntomas, prolongar la vida, pero al fin ésta se extingue, como el funcionalismo de toda máquina falta de

una rueda ó de cualquier otra pieza indispensable al trabajo que deba realizar. Sin embargo, bajo el punto de vista de la higiene alimenticia, no deja de ofrecer grande interés, puesto que mientras menos resíduos dejen los alimentos, mientras menos sales tenga que eliminar el riñón, tantas menos substancias nocivas quedarán en el organismo; no hemos de entrar en este terreno, que si bien tiene relación con el trabajo presente, no debemos abordarlo, porque nos llevaría muy lejos; por lo tanto, todo cuanto se relaciona con el régimen de alimentación, los valores nutritivos de las fórmulas alimenticias recomendadas, etc., lo aplazaremos para otra ocasión.

Si para el pronóstico tiene mucha importancia, en nuestro concepto, la determinación del resíduo sólido, mejor dicho, su proporción al peso del individuo, creemos que su importancia no es menor siempre que se intente conocer la capacidad funcional de los riñones. La generalidad de las afecciones unilaterales de los riñones son tratadas quirúrgicamente, y parece lógico que tratándose de órganos esenciales á la vida, antes de intervenir sobre el riñón supuesto enfermo, conozcamos la capacidad funcional de su homólogo, puesto que la experiencia clínica y fisiológica nos ha enseñado que si la vida es imposible sin esos órganos, nos dice, además, que un riñón solo basta para asegurar las necesidades del organismo, á condición que dicho riñón se encuentre en estado de integridad anatomofisiológica. Pero hay más: si hace algunos años la intervención del cirujano estaba limitada sólo á las hidronefrosis, pionefrosis, litiasis, etc., esto es, á las afecciones que siempre fueron consideradas del exclusivo dominio de la cirugía, en la actualidad ésta ha extendido notablemente su campo, y convencidos los prácticos de que muchas nefritis son unilaterales en sus comienzos, como asimismo de la inutilidad en muchos casos de los tratamientos médicos, han recurrido al tratamiento cruento, incluso para las nefritis bilaterales. La experiencia dirá hasta qué punto es razonable esta innovación; por lo que á nosotros afecta, las estadísticas y trabajos publicados respecto á esto no han logrado convencernos hasta ahora de los beneficios de la cirugía en las nefritis médicas bilaterales, pero no obstante, no podemos negar que Reginald Harrison (Londres), James Israel (Berlín), Georges Edebolils (New York), Alfred Pouson (Burdeos) y otros muchos más han intervenido é intervienen cruentamente en las nefritis médicas, ya con la nefrotomía, bien con la capsulotomía, con la nefropepsia (muy lógica en las nefritis sintomáticas de la nefroptosis), ya con la nefrectomía, etc., según las in-

dicaciones de cada caso. Ahora bien, si la intervención sobre el riñón ha de ser parcial, esto es, ha de quedar limitada á una incisión más ó menos extensa de su parénquima, á la resección total ó parcial de su cápsula, en una palabra, si el órgano no ha ser suprimido ó inutilizado, la investigación funcional de su congénere, aun cuando siempre y en todos los casos tiene suma importancia, en esos es más relativa, porque la indicación de la intervención no está subordinada en absoluto á ese factor esencial, como ocurre, por ejemplo, cuando se pretende ejecutar la extirpación total del órgano enfermo; entonces la operación no puede estar justificada más que cuando la integridad funcional del riñón opuesto nos garantice la persistencia ulterior de la secreción renal en condiciones compatibles con las necesidades del organismo; creemos, pues, que no es necesario encarecer la importancia que tiene el diagnóstico ó determinación de la capacidad funcional de los riñones en la terapéutica quirúrgica de las afecciones de esos órganos.

Para llegar á conocer la capacidad funcional de los riñones cuenta la ciencia con una porción de procedimientos, cuya exposición y juicio crítico están hechos con todo lujo de detalles en la excelente y última publicación de Albarrán titulada *Exploration des fonctions rénales*, pero ninguno de los métodos y procedimientos recomendados merecen, en nuestro concepto, una confianza absoluta; ni la administración de materias colorantes, como el azul de metileno, el carmín de índigo, la rosalinina, etc., cuya eliminación por los riñones comunica á las orinas una coloración anormal de intensidad variable, juzgando de la capacidad funcional de los riñones por el grado calorimétrico de las orinas, más otros datos como el principio de la eliminación de la materia colorante, la duración de la eliminación, etcétera; ni la crioscopia, método más científico y que quizá un día llegue á resolver satisfactoriamente este problema, pero que hoy por hoy ofrece muchas lagunas; ni la administración de la floriscina y dosificación del azúcar en la orina; ni el grado de toxicidad de ésta; ni la preponderancia ó disminución en ella de tal ó cual cuerpo de los que normalmente contiene; ni la presencia de otros patológicos; ni aun la poliuria experimental de Albarrán en las lesiones unilaterales del aparato renal....., ninguno de esos métodos nos permite conocer exactamente el poder funcional ó depurador de los riñones. Muchos argumentos podríamos aducir, tanto clínicos como fisiológicos, para demostrar nuestra afirmación, pero esto nos obligaría á darle á este trabajo una extensión inusitada; sólo

diremos, pues, para abreviar, y como comprobación de lo que afirmamos, que Albarrán en su citada obra recomienda utilizar en cada caso todos los métodos como garantía de acierto en el juicio, lo cual parece demostrar la incapacidad é insuficiencia de todos ellos cuando son utilizados aisladamente. Ahora bien, la investigación fisiológica, evidenciando los límites entre los que oscila normalmente el residuo sólido de la orina de las veinticuatro horas; la observación y la experiencia clínica, demostrándonos que en las lesiones renales inflamatorias el residuo sólido baja notablemente de su cifra fisiológica, tanto más cuanto más avanzadas están las lesiones, coincidiendo la pobreza del residuo sólido de la orina con la aparición ó exacerbación de los síntomas urémicos, y por el contrario, amortiguándose éstos y mejorando los enfermos cuando aumenta de un modo persistente, parecen demostrar una relación de causa á efecto y corroborar que la misión principal de los riñones es la de eliminar los residuos de la nutrición y las sales que la ingestión de los alimentos y bebidas introducen diariamente en la economía; sales que si no son eliminadas proporcionalmente por los riñones, han de acumularse forzosamente en el seno de los tejidos, perturbando la función de sus elementos anatómicos, por los trastornos que la sobresaturación de los mismos engendra en los fenómenos osmóticos, en los de hidratación, desintegración y síntesis que incesantemente tienen lugar en las células. La teoría de Widal respecto á la cloruria, es, en nuestro concepto, verdadera; pero peca por defecto; no toma en consideración más que la falta ó disminución en la eliminación de los cloruros; no dudamos que la retención de éstos en los tejidos y jugos orgánicos sea el origen principal, la causa más importante de los edemas y del anasarca brightico, pero entendemos que esta teoría no es más que una parte de la verdad; el origen verdadero de todos los trastornos que acompañan al mal de Bright, es la pobreza de eliminación de todos los elementos que integran la orina, incluso el agua; no es la retención de tal ó cual substancia, es la disminución en la eliminación de todos los componentes de la orina, puesto que todos son tóxicos y todos están marcadamente disminuídos en la orina en esos casos. Pues bien, si nuestras observaciones son exactas, si no hemos cometido errores que nos hayan extraviado en nuestras apreciaciones y juicios, si no son prematuras nuestras conclusiones, dada la escasa cantidad de hechos clínicos recogidos, hoy por hoy creemos que la determinación del residuo sólido de la orina y su relación al

kilogramo de peso, nos permite formar un juicio bastante exacto aun cuando no muy rápido de la capacidad funcional ó depuradora de los riñones, á condición de no limitarse á ejecutar una sola dosificación, sino practicar varias en días sucesivos y actuando, á ser posible, sobre la cantidad total de orina emitida en las veinticuatro horas.

Al intentar conocer la capacidad funcional del aparato renal, el interés del clínico puede limitarse á determinar la de un sólo riñón como dato indispensable para su conducta ulterior, ó bien quiere conocer la de ambos riñones, esto es, la capacidad funcional colectiva, pudiéramos decir. En este último caso, y concretándonos al método que proponemos á la determinación del resíduo sólido, creemos fácil la empresa, guardando las precauciones ya enumeradas, pero el problema se nos presenta mucho más complicado en el primer caso; en efecto, para dosificar en la orina de cada riñón el resíduo sólido es condición indispensable la de recoger aisladamente la secreción de cada riñón; en la actulidad no disponemos más que de dos medios para ello, cuales son el cateterismo ureteral y los divisores endovesicales, ambos de muy relativa eficacia, porque tanto uno como otro ofrecen sus inconvenientes; ya hemos dicho que para que la dosificación del resíduo sólido sea un dato verdaderamente útil, es necesario operar sobre la orina de las veinticuatro horas, no limitarse á dosificarlo en la segregada en un plazo corto, por lo variable que es la secreción renal en cantidad y calidad de una hora á otra. Los aparatos divisores, cualquiera de ellos que sea, el de Cathelin, Luys, etc., no pueden ser tolerados por tan largo plazo; sus resultados no pueden inspirar una confianza absoluta, no todas las vejigas se prestan á su empleo, ni la división suele ser tan perfecta que no se mezclen poco ó mucho las orinas emitidas por cada ureter durante el transcurso de un plazo algo largo; estos aparatos, muy útiles cuando se trata de apreciar con su auxilio las alteraciones físicas de las orinas en los casos de lesiones unilaterales, ya sea la presencia de la sangre, del pus..., etc., su utilidad es muy discutible en todo cuanto se relaciona con la dosificación de los cuerpos que integran la orina; no los conceptuamos, pues aplicables al caso de que tratamos. Nos queda el cateterismo uret ral, que aun cuando no está libre de inconvenientes y defectos, e el único medio que puede resolver el problema, por lo menos el úni co que puede intentarse con algunas esperanzas de éxito; es cier t que el cateterismo ureteral, aun haciendo caso omiso de las dificul

tades inherentes á su técnica, que no son pocas, no deja de ofrecer sus peligros, ni está exento tampoco de algunas causas de error; ante todo, la permanencia de la sonda en el ureter no es tolerada por mucho tiempo, puesto que si bien no ignoramos que en algunos enfermos ha permanecido colocada veinticuatro, cuarenta y ocho y más horas, son casos excepcionales; sin embargo, el hábito puede engendrar la tolerancia y obtener poco á poco lo que en un principio era difícil ó imposible; pero en nuestro concepto tiene otros escollos más dignos de atención, porque influyen eficazmente en la incertidumbre del resultado de la operación, bajo el aspecto que aquí la consideramos; haremos caso omiso de si por capilaridad puede llegar ó no á la vejiga una cantidad indeterminada de orina, que mezclándose con la del riñón opuesto, no permita obtener en su integridad la secreción aislada de cada glándula, pero no podemos hacer lo mismo respecto al estímulo que la sonda ejerce sobre el riñón por acción refleja; el cateter, al estimular el ureter, obra por acción refleja sobre la secreción renal, modificándola al menos en su regularidad. Con ocasión de unas experiencias hechas en 1901 en perros, tuvimos ocasión de apreciar ese fenómeno, pero ignoramos si pasado el primer estímulo, la secreción renal vuelve á su normalidad. Nada podemos afirmar respecto al empleo del cateterismo ureteral como medio para lograr la dosificación del residuo sólido de la orina segregada por cada riñón durante veinticuatro horas, sólo la experiencia clínica puede decir la última palabra sobre esto, pero creemos que si es factible recoger la orina durante veinticuatro horas por ese medio, la dosificación del residuo sólido es un dato de suma importancia para juzgar del estado funcional de cada riñón. Sin embargo, hemos de tener presente que en estado fisiológico no rinden los riñones en la misma unidad de tiempo igual trabajo funcional; esto es, que ni la cantidad, ni la calidad de la orina segregada por cada glándula son idénticas. En las experiencias á las que antes hacemos referencias y que con dicho objeto las emprendimos con el concurso de nuestro estimado amigo y compañero Sr. Lombana, en el Hospital militar de Algeciras, llegamos á deducir consecuencias muy similares á las que con posterioridad á nuestros trabajos dió á conocer Albarrán en el Congreso internacional de Madrid en 1903 (Sección de Urología), puesto que si bien Albarrán no hizo mención alguna del residuo sólido total, limitándose á exponer sus observaciones sobre la cantidad total de orina segregada por cada glándula, sobre las diferencias de sus puntos crios-

cópicos, á las de la urea y los cloruros, esto sólo es muy bastante para poner de relieve las desemejanzas entre las secreciones de cada riñón, afirmando el citado autor que en la cantidad de orina segregada por cada riñón puede existir una diferencia de un 10 por 100 y alcanzar en casos excepcionales (riñón congénitamente más pequeño) hasta un 40 por 100; los cloruros, hasta 5 gramos por litro, etc. En nuestras experiencias, nos ocupamos especialmente de la dosificación del residuo sólido total eliminado por cada riñón durante veinticuatro horas, apreciando una diferencia entre una y otra glándula de un 10 á un 20 por 100; existe, pues, una diferencia muy apreciable en estado fisiológico entre uno y otro riñón, pero en los casos de lesiones renales y especialmente cuando se trate de lesiones unilaterales de aquellas que son difusas y afectan al parénquima, cambiando profundamente su estructura, limitando proporcionalmente el territorio secretor y útil de la glándula, como ocurre con las inflamaciones generalizadas, esa diferencia debe ser mucho más acentuada; creemos, pues, que si es factible recoger aisladamente la secreción de cada riñón durante veinticuatro horas, encontraremos en la dosificación del residuo sólido de la orina de cada riñón un dato de suma utilidad para juzgar de la capacidad funcional de cada glándula.

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

Sumario: I. Sobre el virus del laboratorio y el de la calle en el tratamiento antirrábico. — II. El azúcar quemado como desinfectante. — III. Intoxicaciones debidas á la crema de vainilla.—IV. Algunos datos sobre la utilización agrícola y depuración de las aguas sucias de París. — V. Valor alimenticio de los huevos.—VI. Conservación y transporte del pescado vivo. — VII. Acción leucocitaria de la vacuna. — VIII. Investigación del alumbre en el pan.—IX. Reglamentación y no reglamentación de la prostitución.—X. El cloruro de magnesio para fijar el polvo del suelo.

I. El virus rábico que se emplea en los Institutos Pasteur, va ya por el paso número 700, y con razón pregunta Remlinger (*L'adaptation du virus rabique fixe à l'organisme du lapin.— Journal de Physiol. et de Pathol. génér.*, 1905), si este virus fijo ha perdido en todo

ó en parte su poder patógeno para el perro y, por tanto, para el hombre.

Esta suposición no está destituída de fundamento.

En muchos casos el tratamiento antirrábico ha sido empezado con productos virulentos, sin inconveniente alguno. Nitsch se ha inyectado impunemente bajo la piel del vientre 5 milímetros de médula fresca de conejo. Si es positivo que la rabia ha sido adquirida haciendo la autopsia de perros ú otros animales, no lo es menos que el virus fijo no ha causado en los Institutos Pasteur el menor trastorno. La inyección subcutánea de virus rábico fijo en los perros no produce casi nunca efecto alguno (Remlinger), y hasta resultan menos expuestos los animales cuanto más grande es la cantidad inoculada. Las inyecciones intramusculares, intravenosas é intraoculares, tan graves en el perro con el virus de calle, dan con el fijo un gran número de resultados negativos. Se puede, pues, decir que los experimentos emprendidos sobre la rabia con el virus fijo en los animales que no sean el conejo, están tocados de error.

El virus de la calle debe ser preferido, ó mejor empleado á la par.

Desde otro punto de vista, parece posible comenzar en el hombre el tratamiento antirrábico con médulas menos atenuadas, inocular el virus fijo á dosis más fuertes, menos espaciadas, etc. Así se adquirirá más pronto la inmunidad y el tratamiento durará menos tiempo, cuyas dos ventajas no son de despreciar en muchos casos.

II. Entre los productos gaseosos de la combustión figura el aldehído fórmico, y Trillat ha probado que á las veces es tan abundante que mata bajo una campana los gérmenes más resistentes (*Acad. des Sc.*, 20 de marzo de 1905). Como el azúcar es una de las substancias que más aldehído fórmico produce, se propuso ensayar en grande el vulgar *zahumerio de azúcar*, valiéndose de una sala del Instituto Pasteur de 100 metros cúbicos, poniendo el producto en una marmita sobre un horno de gas para que la combustión fuera más rápida. Según los procedimientos usuales, colocó varios objetos contaminados (madera, papel, telas, etc.) en diversos puntos del local, y sometió á prueba diversos gérmenes: colibacilo, bacilo tifoideo, carbunclo esporificado y estafilococo dorado.

Los resultados fueron menos notables que con el aldehído fórmico, empleado directamente, pero dignos de ser tenidos en cuenta; pues mueren los gérmenes puestos al descubierto con una práctica tan sencilla, que puede emplearse en todas partes sin peligro. Bueno es advertir que mezclando el azúcar con substancias inertes y po-

rosas, se multiplica la superficie de contacto y con ello el rendimiento del aldehído fórmico; lo mismo hacen las telas metálicas. Renovando la fumigación, se obtiene una especie de esterilización discontínua que favorece mucho la acción microbicida del aldehído fórmico gaseoso.

Acción análoga ejercen las bayas de enebro, mieles y otras substancias.

Nótese que al aldehído acompañan ácido acético, acetona, etcétera, que activan la acción antiséptica y retardan la polimerización de aquél.

III. La crema á la vainilla puede ser tóxica. El agente venenoso parece ser una substancia cercana á los albuminoides, tal vez una albúmina procedente de la alteración de los albuminoides de la leche ó de los huevos.

Para Dragendorf la vainilla, imperfectamente fermentada, puede ser la causa de la producción del agente tóxico. Para evitar este inconveniente se debe macerar la vainilla en alcohol fuerte y preparar con ella, así tratada y con azúcar, una mezcla que sirviera para aromatizar, librándose de este modo de la acción nociva del enzima de la vainilla (Morpurgo, *Giorn. di Farm. di Trieste*, 1905).

IV. Una comisión permanente, presidida por Laurent Cély y de la que es ponente Bourneville, vigila de continuo la utilización agrícola de las aguas sucias de París, mediante la diseminación en el suelo. Realiza para ello visitas periódicas y redacta el informe correspondiente. Del último publicado (30 de junio de 1905), tomo los siguientes datos (*Le Progrès medical*, 1905):

1.° La cantidad de aguas vertidas por las colectoras de París ha sido: en 1904, de 268.397.561 metros cúbicos; en 1903, de 267.149.371; en 1902, de 255.050.833; en 1901, de 228.416.847, es decir, que va en progresivo aumento.

2.° De estas cantidades han sido distribuídas en los campos de depuración: 215.967.228 metros cúbicos en 1904; 223.041.563, en 1903; 216.544.209, en 1902; 202.246.255, en 1901, yendo los restantes al Sena en Clichy y en la puerta de la Capilla.

3.° Comprenden hoy los terrenos regados 5.505 hectáreas: Genne villiers (905), Achères (1.500), Méry-Pierrelaye (2.150), Carrieres-Tri (950), y en breve habrá otros dispuestos para el caso.

4.° La depuración de las aguas, hasta hoy, constituye el mejc procedimiento, el más conforme con las exigencias higiénicas. l uso, como alimento, de las legumbres crudas ó cocidas procedente

de estos terrenos por una parte de los habitantes de Villeneuve-la-Garenne, así como el del agua subterránea, no parecen ejercer influencia nociva: de 150 defunciones ocurridas en 1904, sólo hubo una de fiebre tifoidea, una de difteria y 16 de diarrea.

5.° Respecto á la infección de las aguas del Sena, los resultados son contradictorios: para Lévy, en 1904, fué un poco mayor, para Miquel se va reduciendo, y á partir de Meulan-Mézy, el número de bacterias es muy reducido.

6.° La utilización agrícola saca provecho de las aguas de cloacas, en vez de perderse en el Sena, y contribuyen al *aprovisionamiento de París*, lo que es importante en el concepto económico.

7.° El Gobierno tiene el deber de formular este sistema y de preparar los medios para que el río no reciba aguas sucias.

Se ensaya actualmente la depuración bacteriana ó depuración intensiva en el suelo natural ó cultivado, y además, se hace un importante experimento de depuración con fosa séptica y lechos de contacto para purificar 10.000 metros cúbicos diarios.

V. Un huevo que pese 60 gramos, contiene 13 gramos de substancias utilizables: 7 de albúmina y 6 de grasas; de aquéllos hay 3 en la clara y 4 en la yema; éstas residen exclusivamente en la yema. No hay hidratos de carbono.

Según Voit, un huevo corresponde á 150 gramos de leche, á 50 de carne y proporciona 80 calorías. Es muy digerible: sobre todo hervido, y no duro, sólo permanece una ó dos horas en el estómago; preparado al plato, aumenta el poder nutritivo por la adición de grasa, pero pierde algo en digestibilidad. (*Le Progrès medical*, 1905).

VI. La dificultad con que se tropieza para tener pescado fresco lejos de las costas, da gran interés á los experimentos iniciados por Billard y Bruyant.

Estos dos naturalistas han descubierto que un alga verde, microscópica, que se desarrolla fácil y rápidamente en el agua en que se la siembra, conserva este agua casi por modo indefinido, por más que la da color verde intenso.

Con agua que contenía este alga, han conservado los autores en un frasco, durante seis semanas, truchas pequeñas, que, como se sabe, son muy delicadas y necesitan agua corriente. Las han hecho viajar durante siete horas en ferrocarril á una temperatura de 25° y llegan vivas y en buen estado, mientras que murieron todas las otras que viajaron sin el alga. En las mismas condiciones han mantenido sanguijuelas durante dieciocho meses.

Sin duda el alga obra, como todas las plantas verdes, por su función clorofílica, descomponiendo el CO_2 de la respiración de los peces y devolviendo al agua el oxígeno; además, y esto es lo más interesante del descubrimiento, obra como una levadura, descomponiendo los materiales excrementicios ó tóxicos elaborados por los peces. Saneada de continuo el agua, viven estos seres en buenas condiciones y se efectúan bien la asimilación y la desasimilación. (*La Normandie médicale*, 1905).

VII. Rouget estudia el líquido cefalorraquídeo en diez terneras antes de inocular la vacuna y luego á los cinco días, es decir, en el momento de la recolección.

El líquido sale ordinariamente á chorro, á las veces con mucha fuerza, lo cual indica el exceso de tensión; no ocurre así en las terneras no vacunadas. Es límpido, en absoluto estéril, con gran linfocitosis, que es sin duda transitoria. Hay, pues, una reacción meníngea provocada por la vacuna, hecho que debe ocurrir también con el hombre, con tanto más motivo cuanto que las infecciones benignas, parótidas, por ejemplo, está demostrado que determinan una linfocitosis manifiesta en el líquido cefalorraquídeo. (*Journal de Méd. interne*, 1905).

VIII. Maione (*Giorn. della R. Soc. d'Igiene*, 1905) ha estudiado los varios procedimientos que se recomiendan para demostrar la presencia del alumbre en el pan. Esta sofisticación tiene por objeto que la pasta absorba una mayor cantidad de agua cuando se panifica con harinas inferiores. De ordinario sólo se pone 0'10 por 100 de alumbre, pues una proporción mayor da al pan sabor astringente, estíptico y repulsivo que basta para revelar el fraude. El autor se ha valido de pan preparado con 0'01, 0'05, 0'10 y 0'15 por 100 y recurrió á estos procedimientos:

1.° *Alizarina.* — Se humedece el pan con una solución alcohólica de alizarina al 1 por 100, con la cual, se dice, toma un color rojo cuando hay alumbre. El autor encuentra que, apenas humedecido, toma el pan puro, como el aluminoso, un color amarillo de oro, y que al cabo de algunas horas, en aquél tiende al verde y en éste al rojizo, pero las diferencias son poco marcadas y es preciso siempre valerse de pan testigo para conocer vagamente la presencia del alumbre.

A las doce horas, el pan bueno tiene color amarillo de hoja seca, y el aluminoso (0'15 á 0'10 por 100), amarillo anaranjado; si la proporción es de 0'05, este tinte es menos intenso y en la de 0'01 apenas

si se nota el matiz anaranjado, aun cuando se espera veinticuatro horas. De estos hechos deduce que *la alizarina da resultados no muy evidentes y poco sensibles.*

2.° *Cochinilla.* — Humedecido el pan con una solución alcohólica de cochinilla, toma un color rojo fuerte hasta el rojo carmín, tanto si contiene alumbre, como si no lo contiene. Pasadas algunas horas, aquél presenta el rojo carmín y éste el violeta; pero si la proporción es de 0'01 por 100, aparecen en el sofisticado algunas zonas violeta, que hacen dudoso el resultado.

En resumen: *la cochinilla es mejor que la alizarina, pero no es de acción muy evidente cuando hay que descubrir pequeñas proporciones de alumbre.*

3.° *Campeche.*—El procedimiento clásico consiste en mezclar 5 cm³ de tintura de campeche (5 de leño por 100 gramos de alcohol etílico) con otros 5 de una solución saturada de carbonato amónico; se añade agua destilada hasta obtener el volumen de 100 cm³, y el total se mezcla en una cápsula con 10 gramos de pan deshecho; á los cinco minutos se separa el líquido no absorbido, se lava ligeramente el pan y se seca en la estufa á 100°. Si hay alumbre, el pan toma un color que oscila entre el violeta y el azul obscuro, según la cantidad de aquél.

Y el autor ha observado: que con la tintura reciente el pan natural adquiere color rojo vinoso, y el aluminoso, al cabo de algunas horas y á la temperatura ordinaria, un tinte azul más ó menos obscuro, según la cantidad de alumbre; que este tinte, confrontando con pan puro, se nota hasta cuando son muy pequeñas las dosis de la sal; que si se usa una tintura vieja ó una solución reciente más concentrada (10 por 100), se nota: 1.°, que el pan natural se pone de color rojo vinoso y el falsificado se torna azul, tinte que va aumentando con el tiempo, azul que siempre existe, por más que su intensidad varía con la proporción de alumbre empleado; 2.°, que la acción de la estufa á 100° no cambia el color adquirido á las doce horas; 3.°, que con una cantidad de 0'01 de alumbre, hay en el color azul entremezcladas zonas de color rosa.

En vista de estos experimentos, afirma que *la tintura vieja de campeche ó la reciente* (veinticuatro á cuarenta y ocho horas) *al* 10 *por* 100 *da resultados precisos y evidentes hasta cuando se trata de pequeñas cantidades de alumbre.* Este es el método preferido por su sensibilidad, por la precisión y porque se puede operar en frío sin tener que recurrir á la estufa á 100°.

IX. F. Regnault no ha sido convencido ni por reglamentaristas ni por abolicionistas en materia de prostitución. Entiende que estos hechos deben estar subordinados al país y al tiempo.

Los pueblos sucios é ignorantes (Italia, España, Rusia, Rumanía, etcétera), las naciones muy centralizadas que se confían siempre á la acción de los Gobiernos, los países de Gobiernos autoritarios, el estado mental de las prostitutas (reflejo del de todos los ciudadanos), que las hace someterse de buen grado á medidas que gentes más cultas estiman injustas y atentatorias á la libertad, la falta de iniciativa particular..... sacan provecho de la reglamentación, pues ésta es para ellos un verdadero progreso con los dispensarios, consejos, hospitales, etc.

En cambio, los pueblos limpios é higienizados (Holanda, Inglaterra, etc.), los descentralizados, los cultos, no necesitan la reglamentación. Tienen un estado social de evolución más avanzada, una dignidad mayor, una higiene mejor comprendida y practicada, una iniciativa individual más poderosa, y este progreso reemplaza bien la acción gubernamental, tanto más cuanto que se puede modificar sin esfuerzo y se va adaptando á los incesantes cambios sociales.

En cuestiones sociales no hay nada absoluto: cada pueblo tiene las leyes que se merece. (*Revue de Méd. et de Chir.*, 1905).

X. El polvo de las casas es uno de los vehículos más peligrosos. Para fijar el del suelo, recomienda Delair empapar el *parquet* en una solución de cloruro magnésico, sal muy higrométrica y que mantiene húmedos los cuerpos que están en su contacto; así queda fijo el polvo, y fijado puede ser barrido sin que se levante y se mezcle con el aire.

Dos aplicaciones, hechas con algunos días de intervalo, bastan para fijar el polvo durante unos seis meses. Además, el *parquet* así tratado conserva un aspecto especial de limpieza, como si acabara de ser lavado. (*La Médecine orientale*, 1905).

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 7 de Abril de 1906.

Un caso de tuberculosis pulmonar; curación. — El Dr. *Cortejarena* lee una extensa nota clínica del Dr. Fernández Campa y hace atinadas consideraciones acerca de un caso de tuberculosis pulmonar aguda en que la enferma, joven de diecinueve años, recién casada y de constitución débil, obtuvo una franca mejoría, terminada más adelante por completo restablecimiento merced á la cura de aire en el balneario de Santa Teresa (Avila) y á las inyecciones de cinamato de sosa por el procedimiento de Landerer cada dos días, empezando por la dosis de un milígramo y ascendiendo gradualmente hasta 35. Alternando con el cinamato de sosa empleaba también cada dos días una inyección intramuscular de guayacol con lecitina, con aceite de olivas, según fórmula de Lemaitre: 10 centígramos de guayacol cristalizado, 10 ídem de lecitina para cada centímetro cúbico de aceite esterilizado, usando la primera semana 1 cent. cúb. cada dos días, la segunda y la tercera 2 cent. cúb. y descansando la cuarta, volviendo después á emplear estas inyecciones en igual forma durante otras tres semanas. El médico-director del establecimiento, Dr. Fernández Campa, que es quien trató á la enferma, ha podido observar que ésta continúa en perfecto estado de curación después de cuatro años que hace fué sometida al expresado tratamiento.

Fiebre aftosa. — El Dr. *Calatraveño*, continuando la discusión acerca del caso de fiebre aftosa por probable inoculación de la vacuna, manifiesta que siendo fácil reconocer la glosopeda en el ganado, no podía esta enfermedad ser transmitida al hombre si se toman las precauciones convenientes, resultando la vacunación sin consecuencias. Cita en apoyo de esto estadísticas de vacunados por el Instituto de vacunación de Alava y por el servicio establecido en Madrid por la Cruz Roja en los meses de diciembre á enero de 1905, en que hubo epidemia variolosa en Madrid, sin que se produjeran accidentes graves ni aun benignos, y que las erupciones que se presentan coincidiendo con la vacuna en un 15 ó 20 por 100 de niños, muchas veces no son debidas á aquélla, sino al sujeto.

Que en muchos niños la vacuna sirve como reveladora de la heredosífilis.

En cuanto á la fiebre aftosa cree, en oposición á lo manifestado por el Dr. Taboada, que la enfermedad existe, con su microbio y sus síntomas típicos característicos, como glositis hemorrágicas, etc., síntomas que no ha presentado el enfermo del Dr. González Alvarez.

Que la enfermedad se presentó en Europa el año 1683, extendiéndose

que Francia y Alemania de una manera tan rápida, que Alemania empezaba á sufrir en pocos meses, y en la última de estas naciones fue donde Gerin, llevado del deseo de experimentar, mezcló su sangre con las aftas de una vaca, logrando inocular la enfermedad, que está, por lo tanto, bien definida con sus síntomas propios y con un microbio invisible, que se cultiva en la periferia y en el centro, que no licuefa la gelatina, y que en las investigaciones que el Dr. González Alvarez solicitó de la Escuela de Veterinaria ningún resultado se hubiera podido obtener, toda vez que dicho microbio, descubierto por Signer, sólo se encuentra durante los tres primeros días de la enfermedad y sólo en los órganos internos de la vaca.

Respecto á las aftas, opina que es lo menos característico de la enfermedad, y que los síntomas más propios de ella son las hemorragias y erupción vesicular en las manos y reborde de las aftas.

En cuanto á profilaxia, le parece suficiente una inspección detenida de las reses y de los centros de vacunación.

El Dr. *Espina* se ocupa del asunto, recordando las palabras de Roché de la necesidad de no perder tiempo en asuntos poco comunes en la clínica, mientras quedaban sin resolver los diarios y transcendentales, como el alcoholismo, la tuberculosis y otros tantos de higiene social.

Widamente cree que podría disculparse esta discusión si tiene por objeto analizar el virus de la vacuna y la fiebre aftosa desde los puntos de vista de las nuevas doctrinas.

Analiza la semejanza fisiológica de ambos virus, su especificidad, insistiendo en el de la vacuna en lo que se refiere á su agotamiento y á la necesidad de la reviviscencia por no reproducirse en serie. Con este motivo trata de la reviviscencia del virus vacuno por los cultivos en el peritoneo del conejo, de su humanización y, sobre todo, de las grandes ventajas que tiene la vivificación por el paso del virus vacuno á través del burro.

Describe la vacunación y sus nuevas técnicas, y sobre todo, la elección de sitio en la ternera, prefiriendo entre todas las regiones la región lateral del tórax, por ser la que con más dificultad se ensucia, aun echándose el animal.

Expone las conclusiones presentadas al Congreso médico celebrado en Madrid por el Dr. Pittaluga, los trabajos de purificación de la vacuna, demostrando las dificultades de esta purificación sin correr graves riesgos la potencia inmunizante de la misma vacuna, cuya resistencia es bastante escasa, sobre todo desde el punto de vista de la temperatura, sintetizando en las siguientes conclusiones las principales técnicas de esterilización :

Biológica (Calmette y Guerin). — Buena para experimentos de laboratorio, mala en la práctica por irrealizable.

Calefacción. — No se puede pasar de 37° C.

Cianuro de potasio (Gaylard y Wheeler). — 1/200 y 1/2.000 ; disminuye actividad considerablemente y es peligroso.

Cloroformo (Green). — Dudosos los resultados.

Toluol (Carini). — En veinticuatro á cuarenta y ocho horas desaparece los gérmenes extraños, y persiste la actividad vacunífera hasta después de dos meses. Su procedimiento es sumergir el raspado vacunífero en toluol

después sustituir la glicerina por toluol á las veinticuatro horas, y entonces tritura. Es tal vez el único aceptable.

Pasa después á examinar las dificultades del estudio de investigación del germen de la vacuna, de su producción intracelular, su posible sexualidad y hasta de las dudas de J. Ewing respecto á su naturaleza parasitaria.

Respecto á la fiebre aftosa, sin negar la posibilidad de su transmisión al hombre, no cree que sea un problema de higiene social de los de mayor peligro, máxime cuando hacía ya dos años que ni aun en el ganado se padecía en España, siendo muy pequeños los focos en Alemania, Suiza y Francia, analizando en su bacteriología problemas análogos á los de la vacuna, y demostrando lo muy específica que es la fiebre aftosa, que se extiende á muy pocas especies animales.

El Dr. *Larra* expresa su opinión de que el tema planteado por el doctor González Alvarez con motivo de un caso de fiebre aftosa, tiene gran importancia, porque, á su juicio, la Academia debía prestar á la evolución sufrida por la vacunación en sus procedimientos prácticos toda la importancia que merece y le dan los altos centros científicos del extranjero.

Ofrece comunicar un notable caso de fiebre aftosa observado por él y que presentaba grandes diferencias con el expuesto por el Dr. Alvarez, y comienza á hacer una historia sucinta de lo que ha sido y es en la actualidad la vacuna en el ejército, que gracias á una aplicación constante y esmerada, puede decirse casi se ha desterrado de nuestras tropas la viruela, habiendo desaparecido la mortalidad por dicha causa.

Añade que se vanagloria de haber traído á España con otro Académico de todos muy querido, el Dr. Martínez Pacheco, vacuna del Instituto Real de Londres, que había servido para varias de las primeras siembras practicadas en terneras por el docto personal de nuestro Instituto de Higiene Militar.

Con este motivo recuerda el glorioso papel de España en la propagación de la vacuna, llevada por nosotros en una expedición famosa al Nuevo Mundo.

Enumera datos estadísticos de vacunación en los últimos veinte años, y dice que pasan de 20.000 las practicadas por él, habiendo observado muchos más accidentes, y entre ellos las curiosísimas pústulas rojas, cuando se hacía de brazo á brazo ó directamente de la ternera, que hoy al utilizarse la linfa aseptizada.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 4 de Abril de 1906.

Indicaciones de intervención quirúrgica en los fibromas uterinos y operaciones que deben elegirse.— El Dr. *Cospedal*, reanudando su discurso de la sesión anterior, manifestó que las opiniones sustentadas por el Dr. Gutiérrez le hicieron recordar el artículo de la obra de Ginecología del Veit que se expresa como se había expresado aquél; artículo que es preciso leer hasta el

fin para convencerse de que las hemorragias producidas por los fibromiomas uterinos son una fuente positiva de indicaciones quirúrgicas.

Dicho síntoma, las hemorragias, son en concepto del Dr. Cospedal de tal importancia, que domina en muchísimos casos á todas las otras razones de indicación de intervención; es preciso no olvidar que es más ilusorio que real el concepto de que las hemorragias son tolerables; lo son, en efecto, en los primeros tiempos de su aparición; pero después, cuando las menorragias se convierten en metrorragias, cuando la pérdida de sangre es repetida, cuando la anemia se establece y tras ella pueden aparecer trastornos cardíacos, edemas, flebitis y hasta muertes rápidas por embolias, que es el curso frecuente y las consecuencias probables de las hemorragias, hay que convenir en que este síntoma tiene la transcendencia necesaria para constituir por sí sólo la indicación de intervenir; es verdad, añadía, que las mujeres de buena posición social pueden defenderse mejor contra las hemorragias que aquellas otras obligadas á trabajar para vivir y para sustentar á sus familias; pero si en éstas la curación radical es más apremiante, en aquéllas conviene no dar lugar á que lleguen á la operación en condiciones deplorables de resistencia orgánica que haga dudoso el resultado de la operación; las hemorragias, además, obligan á la mujer á la quietud y aquéllas y ésta son fuente segura de trastornos orgánicos de entidad, sobre todo porque hacen decaer el apetito, perturban las funciones digestivas, acarrean la desnutrición y se establece en las enfermas un círculo vicioso del cual no salen sino á beneficio de la intervención quirúrgica, pues los otros recursos no suelen dar duraderos resultados y tampoco carecen de ciertos positivos peligros. Conviene, pues, decía el Dr. Cospedal, conceder gran importancia á la hemorragia y evitar ese estado de profunda anemia en que se observa á algunas enfermas, tan profunda que puede ser contraindicación de la operación, máxime si se tiene en cuenta que los progresos de la técnica han hecho variar totalmente el concepto de la gravedad de la histerectomía, cuya mortalidad ha descendido á cifras tan pequeñas como acusan hoy todas las estadísticas y como revelan las del mismo Dr. Cospedal.

También difería éste de las opiniones del Dr. Gutiérrez en cuanto á que las lesiones cardíacas y las renales fueran un motivo de operación urgente, entendiendo por lesiones cardíacas y renales las que lo son positivamente, las lesiones cardíacas mal compensadas siempre en las miomatosas de foco, de orificio ó valvulares; y las renales que constituyen en junto lo que se llama brightismo; pues entiende que éstas, como tales, contraindican la intervención; no así las pretendidas lesiones cardíacas y renales que no son más que reflejo, aquéllas, de las hemorragias, y éstas, de compresiones renales ó uretéricas producidas por los tumores fibrosos grandes ó enclavados en la pelvis, pues en este último caso la intervención quirúrgica debe realizarse pronto. Por eso mismo, al examinar el corazón y los riñones de estas enfermas conviene llegar en la investigación al resultado de si se trata de verdaderas lesiones orgánicas cardíacas y renales, ó de si éstas son más aparentes que reales.

Cuando los tumores son voluminosos y comprimen fuertemente el diafragma dificultando las funciones respiratorias y circulatorias, la indica-

ción es urgente y se debe intervenir; aunque es preciso convenir en que actualmente esta indicación es rara porque apenas se observan ya aquellos voluminosísimos tumores que se veían en años anteriores, y es que, sin duda, no se les deja crecer porque hay más cirujanos dispuestos á quitarlos oportunamente.

Los dolores, las compresiones sobre vejiga, recto, uréteres y riñones, las peritonitis, la ascitis, la frecuencia con que los miomas uterinos se acompañan de lesiones anexiales, los enclavamientos en la pelvis menor, la torsión, la posibilidad de degeneraciones malignas, sarcomatosas y quísticas, la coincidencia con degeneraciones uterinas epiteliales, el crecimiento rápido de los fibromiomas, y en casos bien estudiados su coexistencia con embarazo, son otros tantos motivos y fuentes de indicación quirúrgica, en concepto del Dr. Cospedal, que este Profesor analizó en su discurso con toda atención y que le conducían á afirmar que, siendo como es, en verdad, el fibromioma uterino un tumor de naturaleza benigna, histológicamente benigno, bien podía en muchas mujeres estimársele clínicamente maligno por ocasionar tan serios trastornos que obligaban á una intervención quirúrgica siempre grave; añadiendo el Dr. Cospedal que creía hacer justicia á su amigo el Dr. Gutiérrez, pensando que al reducir éste, como lo había hecho, las indicaciones quirúrgicas de los fibromiomas no había dicho todo lo que era su convicción, pues no de otro modo podía el Dr. Gutiérrez haber operado un tanto por ciento considerable de todos los miomas que habría visto.

Respecto de contraindicaciones, entendía el Dr. Cospedal que se referían á estados generales de discrásicos graves, como albuminurias por lesiones renales, diabetes y anemias profundas con deterioro orgánico verdadero que harían peligrosa toda intervención; y además, los estados locales relativos á fibromiomas durísimos inmóviles en la pelvis, pegados y adheridos por procesos peritoneales, peritumorales que probablemente hace adhesivos los intestinos y los órganos pelvianos, ocasionando dificultades funcionales y operatorias de un pronóstico sumamente desfavorable para el éxito de la operación. En cuanto á la influencia de la menopausia, dijo el Dr. Cospedal que la observación de sus casos le aconsejaba no conceder mucho crédito al beneficio que de la menopausia puede alcanzarse, máxime si se atiende también á que es muy frecuente que en las mujeres enfermas de fibromiomas uterinos la menopausia se establece mucho después que en las que no lo son; de tal suerte, que en ellas la menstruación no desaparece hasta pasados los cincuenta años de edad, y así se prolonga también en su perjuicio la fecha de esa favorable disminución y atrofia que pueden los fibromas experimentar. No obstante, la conducta del Dr. Cospedal cuando es consultado por enfermas de esta clase, próximas á su edad crítica, se reduce á exponer la situación tal como es, si juzga que no hay síntomas urgentes, indicando la posibilidad de la reducción espontánea del tumor, poco frecuente en verdad, según su experiencia, y ayudando á esa reducción y á la desaparición de los síntomas con el tratamiento apropiado, pronto á aconsejar la operación si los síntomas de hemorragia ú otros ya indicados no ceden y se convierten en perjuicio positivo para la vida de la mujer. Algunos casos de su práctica podría presentar de influencia favora-

ble de la menopausia, y varios más de crecimiento progresivo de los tumores á pesar de la menopausia. Esta circunstancia puede estimarse, decía el Dr. Cospedal, no más que como compás de espera durante el cual puede llegarse á la abstención ó á la intervención, según sea la evolución del mioma y no descuidando los tratamientos que puedan favorecer la relativa desaparición del tumor, tratamientos de los cuales no se suelen obtener grandes beneficios, ni en la época próxima á la menopausia, ni en épocas más lejanas, pues el Dr. Cospedal, dijo, no los ha obtenido de la electrolisis, de la ergotina, de la digital, quinina, yoduro potásico ni otros, incluso el legrado.

No puede desconocerse, añadía, que la histerectomía abdominal, única intervención de que se trataba en esta discusión, es grave; pero, así como hace algunos años podía inspirar miedo esa operación, y por tanto, salvo en casos muy contados, abstenerse de practicarla, hoy la histerectomía abdominal ha llegado á ser operación de éxito muy satisfactorio y que si no debe *imponerse* más que excepcionalmente, debe *aconsejarse* en el mayor número de casos que la justifiquen.

Difería también el Dr. Cospedal, en cuanto se refiere á la elección de procedimiento operatorio, de lo dicho por el Dr. Gutiérrez, porque entiende que no son iguales todos los procedimientos ni cabe en su concepto expresarse así, porque al cabo de una práctica y experiencia larga y concienzuda como la de dicho ilustre compañero, parece más propio precisar lo que se ha encontrado mejor para apartarse de lo que se estima peor, asunto importante que condujo al Dr. Cospedal á justificar ante la Academia y ante el Dr. Castillo, sus preferencias por el método americano, procedimiento subtotal para la práctica de la histerectomía.

El Dr. *Cospedal* manifestó que la histerectomía subtotal es más fácil, más rápida y menos grave, como lo demuestra el hecho de practicarla la inmensa mayoría de los cirujanos de todos los países, siendo muy probatorio el hecho de que Richelot, en la discusión habida en la Sociedad de Cirugía de París, en el año 1903, y á pesar del ingenio que demostró, no pudiera convencer á ninguno de los cirujanos, y fueron muchos, de los que con él contendieron, todos los cuales han continuado practicando la subtotal; que es más fácil, porque lo es seccionar de través ó en cono de vértice inferior el cuello, que separar éste de la inserción vaginal; que es más rápida, porque se invierte menos tiempo en seccionar el cuello que la circunferencia vaginal, y porque la hemostasia de la total consume, á veces, más tiempo, mucho más tiempo del que consume la subtotal, que no requiere en la generalidad de los casos más ligaduras que las de los vasos utero-ováricos, de ligamentos redondos y uterinos; que es menos grave, porque así lo justifican su menor duración, su menor traumatismo, su más fácil alejamiento de la posible infección procedente de la vagina, si se tiene en cuenta que la procedente de la mucosa del muñón cervical se anula cauterizando profundamente dicha mucosa; y que no puede encontrar contraindicación en el peligro señalado por Richelot, de posible cancerización del muñón cervical, porque es éste un peligro apenas observado por los cirujanos, porque el mismo peligro de cancerización se ha visto en la cicatriz de la vagina y en el peritoneo después de la extirpación total

y porque la mayoría de los casos presentados por Richelot pudieron estimarse como coincidencias unos, y como cánceres existentes y no diagnosticados antes de practicar la histerectomía en otros casos.

Además, añadía el Dr. Cospedal, no puede dudarse de que el muñón cervical, dejado en la subtotal, contribuye á la mejor sustentación del suelo pelviano, y, por otra parte, ese muñón puede contribuir á alejar los peligros de trastornos mentales de las mujeres histerectomizadas, desconocidos para el orador, pues dicho trozo de cuello puede mantener en la mujer el convencimiento de continuar poseyendo su matriz; y asimismo contribuirá, si es cierta la doctrina de la secreción interna de los órganos, á mantener el equilibrio orgánico de las operadas.

Por último, terminaba diciendo el Dr. Cospedal, los resultados estadísticos á que han llegado Faure y Pozzi son los siguientes: Faure encuentra como máximum favorable á las ideas de Richelot, que existe un caso de cancerización del muñón en cada 100 casos de histerectomía subtotal, y Pozzi encuentra una mortalidad de 3 por 100 mayor en la total que en la subtotal; la deducción es evidente; aun contando con la cancerización del muñón, todavía ahorra dos muertes la histerectomía subtotal, que no puede evitar la histerectomía total.

El Dr. *Recasens* dice que el tema que se discute es siempre interesante y digno de preferente atención. Los Dres. Gutiérrez y Cospedal han dicho sus opiniones y á primera vista parece que existe cierta discrepancia, y sin embargo yo no creo que así sea.

Es partidario de la conservación, porque entiende que el mioma por sí sólo es un tumor que no necesita operación por ser benigno, aunque puede transformarse en maligno.

Está de acuerdo con el Dr. Gutiérrez; cuando las hemorragias producen trastornos graves, deben operarse, es decir, que la indicación operatoria no es primitiva, y entiende que cuando no ocasionan una anemia grave, debe acudirse á la electrolisis, que si bien es cierto no cura la miomatosis, la alivia y cohibe el síntoma hemorragia en la mayoría de los casos, y además de la electrolisis, puede recurrirse á otros medios; pero cuando estas hemorragias son persistentes é incoercibles, debe operarse, y en esto están conformes los Dres. Gutiérrez y Cospedal.

También se muestra partidario del Dr. Gutiérrez en lo que se refiere á las complicaciones cardíacas y renales, es decir, cuando estas complicaciones son dependientes de la presencia del tumor; pero en cambio, es una contraindicación cuando la lesión cardíaca ó renal es anterior al fibroma.

Cree que la verdadera indicación operatoria depende de las complicaciones, hemorragias profusas, compresiones del ureter, uretra, intestinos, etcétera, la existencia de lesiones anexiales, adherencias perimetrosalpingíticas, etc., y el volumen, aunque como dice muy bien el Dr. Cospedal, no son hoy tan frecuentes, y también es de indicación operatoria el crecimiento rapidísimo.

Respecto del procedimiento, opina como el Dr. Cospedal; cree que la subtotal es más fácil y se hace siempre en mejores condiciones. La emplea mucho; sólo en este curso lleva practicadas 22 histerectomías por supuraciones pelvianas por el método subtotal, sin una defunción, y por tanto, si

en las supuraciones es partidario de este método, excusado es decir que en los miomas lo ha de ser mucho más; sin embargo, cree que no siempre se puede practicar la subtotal, sino que es preciso hacer la total, no mostrándose partidario absoluto de ningún método operatorio.

La transformación cancerosa del muñón es innegable; la ha visto y ha tenido precisión de intervenir en dos casos, pero dice que esto no es suficiente para establecer como regla general que debe quitarse el cuello, pues las enfermas afectadas de un fibroma están como todas expuestas á sufrir el cáncer cervical.

La subtotal es más benigna y de más reconstitución anatómica, y por esto es su preferencia, sin que le preocupe la transformación cancerosa, pues de otro modo sería preciso hacer siempre la histerectomía, fuera cualquiera la intervención.

Y respecto de la menopausia, dice que el 99 por 100 de los fibromas regresan, y que también es cierto que la menopausia se prolonga más que de ordinario en estos estados, y que en muchas ocasiones reclaman la intervención, por exigirlo la gravedad de los síntomas. La afirmación del doctor Cospedal de que en la mayoría de los casos la menopausia no tiene influencia en la evolución de los miomas, está reñida, dice, en absoluto con lo por él observado, y que ha incurrido en una exageración al afirmar lo contrario, probablemente por conceptuar á las mujeres portadoras de miomas, como perteneciendo á la edad crítica desde los cuarenta años, cuando yo, dice, no las considero así hasta los cincuenta ó cincuenta y dos años. La apreciación del Dr. Cospedal se separa de la mía en un 98 por 100 de casos.

El Secretario de actas,
DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Voluminoso quiste multilocular del ovario derecho. Laparatomía. Curación. — En la *Gaceta Médica de Granada*, publica el Dr. Martín Aguilar el caso clínico referente á una mujer que á los dieciséis años instauró su vida sexual con menstruaciones regulares que encuadraban por completo en el tipo fisiológico y nada anormal encontró en ella hasta la edad de veintiún años, mes y medio antes de contraer sus primeras nupcias.

Sufriendo un enfriamiento que la tuvo en cama algunos días, y á continuación del cual se la presentó un dolor en el abdomen que se irradiaba hacia la región lumbar derecha.

El vientre estaba abultado y la enferma sentía exacerbarse los dolores á la más pequeña presión sobre él. Tuvo vómitos alimenticios y biliosos y fiebre. Este cuadro se prolongó por espacio de diez ó doce días, luego todo fué cediendo paulatinamente; el vientre siguió abombado y doloroso cerca de un mes hasta que la mujer volvió á la normalidad de su salud y reaparecieron las reglas, que se habían suprimido durante el padecimiento.

Casó al mes de su curación y durante los veintitrés de su matrimonio no

tuvo hijos ni abortó ninguna vez, no padeció enfermedad alguna; sólo ligeras molestias, dolores pungitivos de corta duración y mediana intensidad se dejaron sentir en la fosa ilíaca derecha, extendiéndose hacia la región lumbar del mismo lado.

Su vientre comenzó á elevarse, extrañándole á ella un posible embarazo, que se presentaba con persistencia de la menstruación y sin ningún trastorno nervioso. Transcurrió el tiempo, y cuando contrajo segundas nupcias, el vientre, que no había dejado de crecer, se hacía apreciable por su volumen. Luego, en distintas épocas, sintió pequeños dolores pungitivos en el hipocondrio derecho, pero ni por su intensidad ni duración la hicieron tomar precauciones de ningún género.

A su ingreso en la Clínica ofrecía un vientre como de ocho meses de embarazo, de forma globulosa, simétrico, liso, aplastado por los flancos, de ombligo prominente y afectando en conjunto una forma ovoidea, de pequeña extremidad inferior. La piel tenía cicatrices dérmicas semejantes á las del embarazo.

En aquel vientre existía una tumoración redondeada, de superficie regular, de consistencia elástica, más voluminosa hacia la derecha y que en algún punto dió una débil sensación de oleada.

Percibió un sonido macizo absoluto en la cumbre del tumor, más claro sobre las vertientes y completamente timpánico en todo su contorno. Las asas intestinales replegadas hacia arriba y á los lados, se delimitaban muy bien de su compañero de residencia el tumor en cuestión.

La matriz de dimensiones normales; cuello pequeño no reblandecido y en cuanto á posición la encontró en postero-latero-versión izquierda. Los movimientos comunicados al tumor no se transmitían al útero y viceversa, lo que hacía pensar en la independencia de ambos.

Como había comprobado la independencia del útero del tumor abdominal, era lícito eliminar los tumores de este órgano. Lo que hubiera debía ser de anejos, pues de arriba tampoco venía toda vez que estaba perfectamente circunscripto en su parte superior, superficial y profundamente. Además, la consistencia elástica, renitente, de líquido encerrado á presión en una bolsa, sensación que cuando se percibe con ninguna otra se puede confundir, así como la impresión de oleada que, aunque pequeña, se pudo recoger, nos guiaron con certeza hacia el quiste del ovario.

Aquellos dolores bruscos y aquel abombamiento de vientre con fiebre, etcétera, de que antes hizo mención, fué interpretado por el Dr. Martín Aguilar como una torcedura del pedículo del quiste, accidente bastante común que da lugar á la asfixia del tumor, produce dolores agudísimos y puede llegar al esfacelo de todo él. Considera que consecutivamente á este hecho, la mujer padeció una peritonitis parcial que motivó adherencias del tumor á órganos vecinos, aunque éstas, á decir verdad, no debían ser muy grandes, pues gozaba de bastante movilidad, teniendo en cuenta el peso y las dimensiones. En cuanto á variedad, lo califica de mucoide por su gran tamaño y por su historia, y de multilocular por la insignificante fluctuación que presentaba.

Se practicó la operación colocando á la enferma en Trendelenburg. Hizo la incisión desde unos 2 centímetros por encima del pubis, hasta otros 2

por debajo del apéndice xifoides. Como no cupiera el tumor por esta enorme abertura, procedió á vaciarlo con el trocar de Pean, dando un líquido filamentoso y obscuro; ya entonces se pudo bascular el saco y se vió una gran adherencia con el omento mayor y otras más pequeñas y friables lateralmente con las paredes del abdomen. Un pedículo largo y delgado torcido varias vueltas, con gruesos troncos venosos parecido por completo á un cordón umbilical, establecía relaciones entre el quiste y el ligamento ancho del lado derecho. Terminada la operación, abrió el quiste, que era multilocular y con unas vellosidades papilomatosas flotando en la cavidad.

La operada reaccionó admirablemente, pasó la primera noche muy tranquila, durmiendo buenos ratos, y cuando á los catorce días, después de una marcha apirética en que el termómetro no pasó nunca de 37°,2 ni el pulso de 84, levantó el apósito, la herida, cicatrizada por primera intención, permitió quitar la sutura. Se la hicieron dos ó tres curas más, y á los cuarenta de la operación, tomó el alta, completamente curada y en un satisfactorio estado general.

Procedimiento sencillo para el taponamiento de las fosas nasales.—En el *Boletín del Colegio de Médicos de Reus*, publica el Dr. Mata el siguiente procedimiento que creemos de interés práctico:

«Las hemorragias nasales, tan frecuentes en la práctica, constituyen muchas veces una enfermedad alarmante y hasta peligrosa por su duración é intensidad, resistiéndose al empleo de los hemostáticos (percloruro de hierro, hazelina, adrenalina). En estos casos rebeldes no hay más remedio que apelar al taponamiento. Pero no siempre se tienen á mano los medios necesarios para estos casos. Así el *rinobion* apenas es conocido más que de nombre por la inmensa mayoría de los médicos. La sonda de Bellocq no siempre se tiene á mano, y aun cuando pueda reemplazarse por una sonda de goma, su aplicación es bastante molesta para el enfermo, á más de que si el tapón que debe obturar la parte posterior de las fosas nasales es demasiado grande, ejerce presiones sobre el velo del paladar y pabellón de la trompa de Eustaquio y se hace insoportable, y si es demasiado pequeño, no cohibe la hemorragia, pues deja escapar la sangre.

No de las pequeñas vejigas de cautchú vulcanizado de que tampoco es fácil disponer en un momento dado.

He aquí el procedimiento que emplea desde muchos años, y para el cual no se necesita más que una pinza de disección, que todos los médicos llevan siempre consigo ó tienen á su alcance, y con el cual cede prontamente la hemorragia.

Empieza por preparar una porción de pequeñas torundas de hilas atadas por el centro por un hilo delgado que sirve de fiador. Lavada la nariz, se coge una de las torundas entre los bocados de la pinza, se empapa en el percloruro de hierro y se introduce por la fosa nasal, de la cual fluye la sangre, empujándola hasta llegar á la parte superior de las fosas nasales, en donde se sostiene apretándola un pequeño rato; se retira la pinza y se introduce otra torunda de igual modo que la primera, empapada también en hipercloruro de hierro; se retira nuevamente la pinza y se van introduciendo así sucesivamente las demás torundas, pero secas, dejando afuera los

hilos que sirven de fiador, hasta llenar completamente la fosa nasal correspondiente. Los hilos se sujetan á la mejilla por medio de una tira de tafetán ó simplemente de papel engomado.

El tapón reblandecido con la secreción de la mucosa nasal, se desprende en masa antes de las cuarenta y ocho horas, ó permite ir retirando fácilmente las diversas torundas tirando suavemente de los hilos». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 3 de Abril de 1906.

De la inversión uterina. — El Dr. PINARD: Una multípara pare con el forceps, se produce una inversión uterina y el comadrón la reduce con la mano; al cuarto día, en el acto de la defecación, la inversión se reproduce; llamado al efecto un colega, aplica el globo de Champetier de Ribes y obtiene de este modo la reducción. Con este motivo haré observar la rareza de la inversión uterina espontánea, siendo este accidente debido con frecuencia á tracciones intempestivas sobre el cordón. De todos modos, existen otras causas, y el profesor Queirel, de Marsella, ha visto un caso en que la inversión se realizó ante sus ojos sin intervención de ningún género; la placenta en este caso está insertada en el fondo del útero; en otras ocasiones se trata de inercia uterina primitiva ó secundaria. Si se trata de una inversión inmediata, el tratamiento consiste en la reducción por medio de la mano, la cual también es posible en los casos recientes, donde no hay amenaza de esfacelo por estrangulación; en este caso el globo de Champetier de Ribes es un maravilloso instrumento; pero cuando hay esfacelo, es necesario practicar la histerectomía.

De la decapsulación renal y de la nefrotomía en el tratamiento de las formas graves de la eclampsia. — El Dr. PINARD: Tal es el epígrafe de un trabajo presentado por los Dres. Chembrelent y Pousson. En él se refiere el éxito obtenido con dichas intervenciones en una eclámpsica primípara de veinticinco años, caso que, unido á los dos de Edebohls, constituye, que yo sepa, toda la casuística de esta clase de operaciones renales aplicadas á las mujeres con accesos eclámpsicos. Los tres casos fueron seguidos de curación. Edebohls practicó la primera decapsulación renal en una mujer que había parido sesenta y dos horas antes y en la cual persistían los accesos convulsivos; la operación fué practicada el día 17 de febrero de 1903, fué bilateral y duró veintitrés minutos; los dos riñones tenían lesiones inflamatorias agudas, pero estaban poco aumentados de volumen; la decapsulación del riñón fué fácil; después de la intervención no hubo más accesos

convulsivos; los síntomas graves de la uremia desaparecieron y la enferma recobró el conocimiento dos días después de la intervención; cincuenta y tres días después del acto operatorio la orina no contenía albúmina y la salud era perfecta. La segunda decapsulación la verificó el día 1.° de enero de 1904 en una mujer primípara con embarazo gemelar y próxima al término del noveno mes; dicha mujer tuvo amaurosis en un semicoma, y ya había tenido dos accesos eclámpsicos; además, durante las últimas veinticuatro horas sólo había eliminado 360 centímetros cúbicos de orina; la operación duró cuarenta y cinco minutos; el riñón izquierdo era más voluminoso que el derecho; durante el primer día después de la operación hubo supresión completa de la orina (30 centímetros cúbicos); pero á pesar de esta oliguria, el estado de la mujer mejoró rápidamente; dos días después del acto operatorio comenzó el parto, que exigió doble aplicación de forceps con dilatación completa; uno de los recién nacidos murió, y á las cuatro semanas de la intervención la mujer se dedicaba ya á sus quehaceres y lactaba á su hijo. Y en su entusiasmo, el hábil cirujano americano escribió: «Se desprende claramente de esta observación y es indiscutible, que la decapsulación del riñón puede detener los progresos de la uremia y los accesos convulsivos de origen puerperal en la mujer antes del parto». Si Edebohls hubiese sido tocólogo, no hubiera generalizado tanto, puesto que hubiera visto gran número de mujeres que mueren después de haber tenido accesos eclámpsicos, sin haber padecido anuria ni tener enfermos los riñones. De todos modos, la observación de A. Sippel es extremadamente interesante. El hecho de haber encontrado en la autopsia de una mujer embarazada de seis meses, que tuvo accesos eclámpsicos y *anuria*, un riñón derecho grande, casi *negro azulado*, cuya substancia cortical se hernió inmediatamente á través de una incisión, constituye una prueba de que en ciertos casos el riñón puede estar sometido á una fuerte presión, á lo que se ha llamado el *glaucoma del riñón*. Pero Sippel es el primero en protestar contra una generalización hasta el punto de que sólo recomienda la decapsulación cuando los accidentes dependen de una elevación notable de la presión intracapsular. Participo por completo de esta opinión y siento no haber conocido antes este acto quirúrgico. Muchas veces he visto mujeres con accesos eclámpsicos y anúricas que han fallecido; he visto á estas mujeres permanecer doce, veinticuatro, treinta y seis y cuarenta y ocho horas en el coma, no siendo yo más que un espectador impotente y desconsolado; pero hoy, conociendo este recurso, acudiré á él, pero exclusivamente en los casos de *anuria*.

En cuanto á la nefrotomía como complemento de la decapsulación, ninguna opinión personal puedo dar, pero conociendo los trabajos hechos acerca de este asunto y las ideas de nuestro maestro y venerable colega el doctor Guyon, considero este complemento de intervención como muy racional, y el brillante éxito obtenido por Chambrelent y Pousson le dan un poderoso apoyo. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 11 de Abril de 1906.

Anestesia por la escopolaminamorfina asociada con el cloroformo.— El doctor *Jalaguier* dijo que había empleado en 21 casos este modo de anestesia, utilizando la técnica del Dr. Walther, inyección subcutánea de una mezcla de 1 milígramo de escopolamina y de 1 centígramo de morfina, inyección que se practica una hora antes de la cloroformización. Se asocia por completo á las conclusiones del Dr. Walther respecto á las ventajas de este nuevo método de narcosis: supresión del terror preoperatorio que padecen tantos enfermos, supresión del período de agitación que marca el principio de toda cloroformización, disminución considerable de la cantidad de cloroformo necesaria para producir y mantener la anestesia, regularización del pulso y de la respiración que no se alteran durante la narcosis, supresión ó al menos disminución grandísima de los vómitos durante la operación, y finalmente, supresión de los dolores post operatorios por espacio de varias horas. En cambio no cree que los vómitos post anestésicos sean menos frecuentes después del empleo de la escopolaminamorfina que de la cloroformización ordinaria; lo único que hacen es retrasarse algunas horas.

El Dr. *Ségond* insistió sobre el hecho de que los vómitos post anestésicos han disminuído bastante en todos los enfermos operados bajo la narcosis por la escopolaminamorfina asociada al cloroformo.

Un nuevo termocauterio.—El Dr. *Routier* presentó, en nombre del Sr. Granel, un nuevo termocauterio, que se caracteriza por el hecho de que el recipiente de esencia mineral, muy reducido y constituído por una substancia esponjosa empapada en la esencia referida, se halla en el mango del instrumento, lo que facilita sobremanera el manejo de éste.

Con este recipiente, que está á cubierto de toda explosión, puede funcionar cuatro horas el termocauterio. Un mecanismo especial permite regular el grado de incandescencia de la hoja cortante, que se enfría difícilmente aunque penetre en regiones que contengan gran cantidad de líquido.—(*La Presse Medicale*). — F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 24 de Abril de 1906.

Idiotismo de tipo mogólico. – El Dr. *Variot* presentó un niño afectado de idiotismo de tipo mogólico: cabeza redonda, braquicéfalo, cara de luna llena, ojos sesgados, de comisuras palpebrales externas dirigidas hacia fuera y arriba, etc.; este niño nació antes de término, de padres nerviosos confirmados. Las orejas son asimétricas, con el lóbulo atrofiado y adherente. El niño es completamente idiota, no habla ni se interesa por nadie ni por

nada, y queda en inmovilidad absoluta durante todo el día. Sus circunvoluciones cerebrales deben hallarse en estado rudimentario.

Después de esta comunicación presentó el cerebro de un individuo que murió de repente en el curso de una bronconeumonía consecutiva al sarampión, y que presentaba un tipo de idiotismo bastante análogo al anterior. El cerebro de este individuo ha experimentado una suspensión de desarrollo manifiesto y sus circunvoluciones son completamente rudimentarias.

Parálisis diftérica tratada por las inyecciones de suero de Roux.—El doctor *Comby* presentó una joven de catorce años y medio; padecía parálisis diftérica y fué tratada por las inyecciones de suero antidiftérico. Esta enferma padeció tres meses antes una angina, cuya naturaleza diftérica debió desconocerse; no fué sometida al tratamiento seroterápico; á las pocas semanas principió á presentar signos de parálisis, que comenzó por el velo palatino y se generalizó, llegando á inspirar temores graves. Se emplearon sin éxito las inyecciones subcutáneas de cacodilato de sosa. Hace un mes ingresó en la clínica del Dr. Comby. La parálisis era casi general y había motivos para temer que un día ú otro invadiera los músculos respiratorios, poniendo en peligro la vida. El Dr. Comby, conociendo la poca eficacia de los recursos terapéuticos empleados contra las parálisis diftéricas, decidió ensayar la seroterapia, como había hecho ya en otros casos con resultados diversos. Inyectó el suero Roux á la dosis de 20 cént. cúb. diarios durante los tres días primeros, y á la de 10 los tres ó cuatro días siguientes. Bajo la influencia de este tratamiento tardó poco en observarse una mejoría notable, que siguió acentuándose en los días sucesivos. En la actualidad sólo quedan huellas insignificantes de la grave parálisis que padecía esta enferma al ingresar en el Hospital.

El suero ejerció, por lo tanto, en este caso, una influencia de las más benéficas sobre los accidentes que sobrevinieron en una época relativamente tardía. El Dr. Comby recordó varios hechos análogos, unos publicados por diversos autores, otros observados por él. Dejando á un lado las discusiones teóricas referentes al empleo del suero en estos casos, cree que ante un éxito como el de que se trata, debido indudablemente al suero, es necesario emplear de preferencia este método de tratamiento, sin preocuparse de los accidentes seroterápicos que pueden sobrevenir.

El Dr. *Rist* manifestó que las aplicaciones de este modo de tratamiento no han sido siempre tan felices en manos de otros prácticos distinguidos.

El Dr. *Netter* dijo que después de algunos ensayos de este género, había desechado la seroterapia como medio de tratamiento de la parálisis diftérica, pero que el caso del Dr. Comby le ha llamado extraordinariamente la atención, animándole á ensayar de nuevo las inyecciones de suero en circunstancias análogas. Conviene, no obstante, que el Dr. Comby suministre algunos datos respecto á los accidentes seroterápicos observados en su enferma.

El Dr. *Comby* contestó que sólo había observado en su enferma algo de albuminuria en los primeros días, cuando se inyectaban 20 cént. cúb. y á los diez días, al suspenderse las inyecciones, una ligera erupción sarampioniforme: estos accidentes no llamaron la atención por su intensidad ni por

su persistencia. El temor de estos accidentes no puede, por lo tanto, compararse con la eficacia y la acción benéfica rápida de la seroterapia.

El Dr. *Variot* insistió sobre el valor del caso del Dr. Comby, desde el punto de vista de la eficacia de las inyecciones de suero en las parálisis diftéricas y de la inmunidad relativa de este tratamiento. Cree que hay que descartar las teorías y emplear estas inyecciones cuando se presente la ocasión.

Tuberculosis cecal.—El Dr. *Guinon* presentó un ejemplar de tuberculosis del ciego, encontrada al hacer la autopsia de un niño de cuatro años y medio. Este niño ingresó en el Hospital con signos de enteritis disenteriforme; al explorar el abdomen se descubrió un tumor durísimo en general, con algunos puntos más blandos, intra-abdominal, casi medio, infra-umbilical, que se supuso era debido á la tuberculosis del ciego. No había crepitación, ni ascitis, ni signos de peritonitis. Planteado el problema de la intervención operatoria, se resolvió por la negativa. El niño murió al poco tiempo á causa de la caquexia. La autopsia comprobó el diagnóstico: no había más lesión patológica que la tuberculosis del ciego. En las partes profundas se descubrieron adherencias tan íntimas entre el tumor y las asas intestinales inmediatas, que fué imposible desprenderle sin desgarrar algo éstas. Esto justifica lo fundado de la abstención. En estos casos cree el Dr. Guinon que no debe de intervenirse. Además existían lesiones de tuberculosis traqueobronquial, suficientes por sí solas para contraindicar toda operación.

Coqueluche simple. — El Dr. *Variot* expuso los resultados de la autopsia practicada á un niño de ocho meses, atrépsico típico, que padeció coqueluche simple, sin fiebre, sin congestión pulmonar. Este niño murió de repente después de una corta crisis convulsiva, que sobrevino sin causa apreciable. Las lesiones laringotraqueales eran mínimas é idénticas á las descriptas por Roger.

Abscesos pulmonares múltiples.—El Dr. *Pater* refirió dos observaciones de abscesos pulmonares múltiples, observados en la clínica del Dr. Guinon.

En estos dos casos el diagóstico presentó grandes dificultades y se sospechó, durante un momento, en una pleuresía purulenta. Las punciones exploradoras y el examen radioscópico no esclarecieron el diagnóstico; en uno y otro caso se creyó práctica la operación del empiema, y sólo entonces se vió que el pulmón estaba invadido y distendido por pequeños abscesos múltiples que contenían pus fétido. Los dos enfermos murieron al poco tiempo. El microbio causal era el estafilococo. El pulmón se hallaba literalmente sembrado de abscesillos en distintos grados de desarrollo, contra los cuales todos los medios de terapéutica general ó local eran ineficaces.

(*Le Progrès Medical*).—F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 21 de Marzo de 1906.

Exostosis cartilaginosas.—El Dr. *Neuhaus* presenta un individuo que tiene exostosis cartilaginosas múltiples, coincidiendo con acortamientos y corvaduras en algunos huesos largos. Con los rayos Röntgen se descubren muy bien las lesiones. Sabido es que en esta afección está el sistema óseo interesado en su totalidad, pero hasta ahora no sabemos más detalles acerca de esta dolencia.

Endoscopio.—El Dr. *Mayer*, de Wildungen, presenta el endoscopio de que él se vale para examinar la vejiga urinaria. La endoscopia de ésta tropezaba hasta ahora con la dificultad de que, abovedándose la mucosa uretral, ocultaba el campo visual, y que este último estaba inundado constantemente por orina. El primer inconveniente se obvia haciendo que el enfermo adopte la posición de Trendelenburg, con la pelvis elevada; la orina se absorbe en este aparato por medio de un aspirador.

Fístula gastrocólica cancerosa.— El Dr. *Albu* presenta la preparación de una fístula gastrocólica cancerosa, afección que se había diagnosticado en vida del paciente. Aunque en éste no se había podido descubrir ningún tumor, la caquexia hacía comprender su existencia. Al principio había habido anacidez, después se presentó una gran proporción de ácido láctico en el contenido gástrico. En el curso de la observación se encontró también hidrógeno sulfurado. Posteriormente adquirieron los materiales vomitados un olor fecal muy marcado, sin que á pesar de ello se encontraran materias realmente fecales ni á simple vista ni con el examen microscópico. La autopsia confirmó la hipótesis de que se trataba de una fístula cancerosa gastrocólica; el tumor no había podido descubrirse durante la vida, porque radicaba exclusivamente en la pared posterior del estómago.

Estómago bilocular.—El Dr. *Albu* presenta un estómago que tiene forma de reloj de arena, existiendo al mismo tiempo una estrechez pilórica. La insuflación practicada durante la vida, demostró que el estómago tenía una forma típica de reloj de arena; con el sifón, los datos recogidos variaban mucho. Además de esto se percibía un tumor en la región pilórica, tumor que se descubrió al practicar la laparotomía; era debido á una pancreatitis crónica circunscrita; en cambio la deformidad del estómago reconocía por causa una úlcera anular. Después de la gastro-enterostomía, el paciente sucumbió á consecuencia de una hemorragia procedente de la úlcera.

Inconvenientes de las inyecciones de parafina.—El Dr. *Silberstein* refiere que habiendo inyectado 2'5 cm^3 de parafina, que se fundía á 41°, á un sujeto, para corregir la forma en silla de montar de su nariz, observó al practicar el examen de la facultad visual con los dedos, inmediatamente después de la operación, que el enfermo no podía distinguir nada con el ojo izquierdo. El examen del fondo de éste no descubrió ninguna alteración; en cambio la pupila estaba un poco divergente y dilatada. En las horas siguientes el pulso estaba lento, y sobrevinieron vómitos. El estado general mejoró muy pronto.

Los síntomas oculares (persistencia de la percepción luminosa, pero siendo imposible la proyección) deponían á favor de una compresión del nervio óptico, hipótesis que fué confirmada al ver que una incisión practicada en el borde inferior de la órbita no dió casi nada de sangre. Más bien debe tratarse en este caso de una trombosis de la arteria y de la vena oftálmicas.

Hechos como este son motivo suficiente para prevenirnos en contra de las inyecciones de parafina.

Fotografía de glóbulos sanguíneos con luz ultravioleta.—El Dr. *Grawitz* empieza haciendo constar que cuando se había llegado al límite máximo posible en la capacidad de aumentar por parte del microscopio, se fundaron grandes esperanzas en el ultramicroscopio. Mas así como estas esperanzas han salido fallidas en Histología, no ha sucedido lo mismo en Química. El empleo de los rayos ultravioletas, que si no son perceptibles por el ojo lo son en cambio por las placas fotográficas, da á conocer realmente detalles muy finos de estructura, no obstante no ser mayor la ampliación ó aumento lineales. La dificultad con que se tropieza para estas investigaciones de que los rayos ultravioletas no atraviesen el vidrio, se vence empleando el cuarzo.

El autor presenta, por medio del aparato de proyecciones, una gran serie de fotografías obtenidas con el método mencionado y referentes á glóbulos rojos de la sangre humana.

El Dr. *Grünberg*, que ha tomado parte en estos trabajos, refiere que las investigaciones se han realizado también en sangre recién extraída de obreros en plomo y de conejillos de Indias que estaban bajo la influencia de una intoxicación saturnina crónica. En estos casos se han fotografiado muchísimos leucocitos basófilos. Como los gránulos dejan pasar los rayos ultravioletas, hay que admitir que son manifestación de una metamorfosis regresiva del plasma celular y no formas jóvenes ó derivadas de los núcleos, como han llegado á suponer algunos observadores.

Transmisión de sarcomas en perros.—El Dr. *Sticker* refiere que en un perro (pintscher) de siete años, observó un sarcoma que se había desarrollado espontáneamente. Habiéndolo inoculado por de pronto á 3 perros y más tarde hasta más de 100, obtuvo resultados positivos. Las inoculaciones se llevaron á cabo en los órganos más diversos, de los cuales se originaron siempre metastasis.

El orador presenta un gran número de preparaciones y de figuras relativas á dichos experimentos.—(*Deutsche Medizinal-Zeitung*).—R. del Valle.

SOCIEDAD MÉDICA DE FILADELFIA

Sesión del día 14 de Febrero de 1906.

Pronóstico de la tuberculosis pulmonar. — El Dr. *J. Walsh* dijo que el pronóstico debe ser considerado desde los puntos de vista de curación absoluta y práctica. Los factores principales del pronóstico de la tuberculosis respecto á la cura práctica son: extensión de la lesión, duración de la en-

herencia, susceptibilidad á la tisis que se manifiesta por rapidez del pulso, elevación de la temperatura, pérdida del peso, desenvolvimiento y aparición de sus complicaciones. Los factores secundarios que en ciertos casos individuales pueden ser de primera importancia, son la edad, el sexo, la raza, el género de vida, la ocupación, el temperamento y los recursos pecuniarios. Entre los factores principales, la extensión de la lesión es probablemente el menos importante. Un enfermo que tiene intensamente el vértice pulmonar en la extensión sólo de 2 ó 3 milímetros, si los demás síntomas son graves, puede morir mucho más pronto que otro que tiene intensamente todo un pulmón, pueda vivir muchos años. Las enfermas marcadamente tísicas, con rapidez del pulso, elevación de la temperatura y pérdida rápida y considerable del peso, son de pronóstico desfavorable.

La tuberculosis aguda suele considerarse de pronóstico desfavorable, porque casi siempre es primitiva y casi siempre termina con lesiones pulmonares extensas. La muerte puede ocurrir de la tuberculosis intestinal.

Las manifestaciones de tuberculosis de los ganglios cervicales hacen menos grave el pronóstico. El de la tuberculosis primitiva asociada á la fiebre de heno es más favorable y la muerte puede ocurrir cuando ha habido una pneumonía previa. Las complicaciones pulmonares, cardíacas y renales agravan el pronóstico.

El período más crítico de la vida es el de los quince á los veinticinco años. Cuanto mejores son las medias que rodean al enfermo más grave es el pronóstico.

Los únicos medios de prevenir ó curar la tuberculosis son la vida pacífica, el aire puro y una buena alimentación. Si el enfermo se encuentra en estas condiciones y contrae la tuberculosis, su susceptibilidad es tan grande que no hay motivo para esperar la curación. Si, por el contrario, la tuberculosis se ha desarrollado en un individuo mal alimentado, y cuyas condiciones higiénicas dejan bastante que desear, puede abrigarse alguna esperanza fundada en la resistencia del enfermo. Cuanto más crónica es la enfermedad, más favorable es el pronóstico, en igualdad de condiciones.

El Dr. *M. Gepp* preguntó que proporción de casos son susceptibles de tratamiento por la quietud en el lecho y la alimentación nutritiva.

El Dr. *Wasi* contestó que esto depende de los progresos de la enfermedad y del caso individual. Una persona muy susceptible á la tuberculosis no es probable que cure. La mayor parte de los enfermos en los que la tuberculosis reviste la forma aguda mueren.

Tratamiento por los rayos Rontgen de algunas lesiones superficiales no cancerosas. — El Dr. *C. L. Leonard* dijo que se conocen ya indicaciones definidas para el empleo de los rayos Rontgen en el tratamiento de las lesiones superficiales, sabiéndose la dosis que debe emplearse para ser eficaces. Respecto al tratamiento del cáncer, manifestó que llegará un día en que podrá hacerse una distinción clara entre los casos que son susceptibles de curar y aquellos otros en los que sólo pueden obtenerse efectos paliativos. El tratamiento más útil por este método es el post operatorio, en particular, cuando la operación ha sido eficaz. Incluyó entre la lesiones superficiales las de los órganos glandulares situados debajo de la piel é indicó los resultados notables obtenidos en las adenitis simples y tuberculosas, y

en los senos que se forman á veces después de una operación. Cree que la acción de los rayos, los efectos bactericidas aparentes pueden ser debidos á su acción específica sobre las bacterias ó á una antitoxina formada por los efectos estimulantes y alterantes de los rayos sobre el tejido normal en presencia del tubérculo ó de otros bacilos.

Refirió cuatro casos de bocio en los que se empleó este tratamiento por su acción alterante y á causa del carácter análogo de la estructura del tumor con el del cáncer, en el que se han obtenido algunos resultados. Un caso de bocio simple quedó curado durante tres años. Era un enfermo de bocio crónico y simple de veinte años de antigüedad. El segundo enfermo quedó curado por espacio de dieciocho meses, sin que se presentara síntoma nervioso alguno. El tercero mejoró bastante, pero suspendió el tratamiento. En el cuarto se obtuvo bastante mejoría con los rayos Rœntgen.

La acción depilatoria de los rayos es utilísima en el tratamiento del sicosis, del favus y de la hipertricosis. La acción opuesta y estimulante, debida á la modificación de la dosis, se demuestra por los efectos benéficos obtenidos en la alopecia areata. El lupus es otro ejemplo de las diversas lesiones que ceden con rapidez al tratamiento recobrando la piel su estructura normal, sin raspar ni destruir los tejidos.

Refirió también varios casos graves y crónicos de eczema y psoriasis, de siete á veinte años de duración, que curaron con este método de tratamiento. Otro grupo de casos difíciles curables con la radioterapia, es el de los acnés.

Curan también con rapidez sin cicatrices ni desfiguración. Los queloides, en particular los atacados de degeneración retrógrada de tipo maligno, son susceptibles de curar por los rayos Rœntgen.

Bocio exoftálmico tratado por los rayos Rœntgen. - El Dr. *G. E. Pfahler* leyó sobre este asunto un trabajo escrito en colaboración con el Dr. M. C. Trush. El caso que sirve de base al trabajo indicado, se refiere á una joven que padeció síntomas nerviosos durante algunos meses antes. Después aumentó de volumen el lóbulo derecho de la glándula tiroides. El tratamiento por los rayos X se comenzó á los dos meses de desarrollarse el bocio. El tratamiento duró dos meses, siendo sometida la enferma á 22 sesiones de radioterapia. Al mes se observó ya cierta mejoría. Ganó próximamente 10 kilos de peso, y el número de pulsaciones disminuyó de 120 á 72. Los autores han empleado este tratamiento en 31 casos, cuatro de ellos de tipo exoftálmico. De los 31 casos mejoraron 28.

Empleo de los calomelanos en la eclampsia. — El Dr. *W. Reynolds Wilson* dijo que la irritación renal principia desde el comienzo del embarazo; el epitelio del riñón se afecta, rompiéndose el equilibrio entre la producción de toxinas y su eliminación. La función hepática se altera también como la renal, y cuando los componentes tóxicos de la sangre no son modificados por el hígado, á causa de estar pervertidas las funciones de esta víscera, los riñones necesitan desempeñar un trabajo mayor que el normal y sobreviene la eclampsia. Los efectos preventivos de la bilis sobre la fermentación intestinal, se halla también en relación con el grado de la función hepática. Los calomelanos están indicados, por lo tanto, en la terapéutica de la eclampsia, primero, á causa de sus propiedades diuréticas, segundo, por

su acción hidragoga, y tercero, por evitar la fermentación del contenido intestinal.

Durante el período convulsivo se administran los calomelanos á la dosis de 60, 90 y 120 centígramos, mientras hay oportunidad para la medicación. La morfina, como auxiliar, es también útil, aunque el Dr. Wilson la considera como un sedante poco indicado cuando hay nefritis crónica. Conviene, sin embargo, emplearla para prevenir el ptialismo y la diarrea que suelen producir los calomelanos, si bien estos síntomas no deben considerarse como desfavorables.

El Dr. *G. M. Boyd* manifestó que las dosis elevadas de calomelanos son más eficaces empleadas al principio de la toxemia del embarazo que en los últimos períodos. El éxito del tratamiento depende de la facilidad con que se reconocen las primeras manifestaciones de la eclampsia.

El Dr. *Wilson* dijo que la eclampsia es una enfermedad que exige intervenir con rapidez. El uso de los calomelanos como diuréticos, es realmente un descubrimiento médico. Sus efectos se observaron primero en casos que ninguna relación tenían con la obstetricia. Citó un caso de enfermedad de Bright con trastornos cardíacos, en el que los calomelanos produjeron resultados excelentes. En las enfermas del Hospital, sobre todo en aquellas en las que la posibilidad de los elementos tóxicos al principio del embarazo está más ó menos limitada, el Dr. Wilson tiene gran confianza en los calamelanos y en la morfina. La morfina es utilísima en la eclampsia de las primíparas, porque en éstas no suele haber nefritis crónica. Las dosis elevadas de calomelanos combinadas con la morfina son tan eficaces como las de cloral empleado en los mismos casos.

(*New York Med. Journal*).—F. Toledo.

PERIÓDICOS

Ulcera pépsica del yeyuno consecutiva á la gastro-enterostomía. — El doctor M. Tiegel recuerda que la úlcera pépsica del yeyuno no se ha observado hasta ahora más que después de gastro-enterostomías motivadas por afecciones gástricas benignas, presentándose de preferencia en el sexo masculino y en la edad adulta ó algo avanzada.

En unos casos la afección no ocasiona ningún síntoma y de pronto sobreviene la perforación; otros, de curso crónico, se caracterizan por las grandes molestias que ocasionan, sobre todo dolores; la úlcera va penetrando de un modo gradual, produce adherencias, invade los órganos inmediatos y da origen á la formación de tumores inflamatorios muy voluminosos. Estos casos presentan el cuadro clínico de la úlcera penetrante del estómago, tanto que el diagnóstico diferencial resulta á veces casi imposible. Tienen también una gran tendencia á las recidivas.

Los resultados obtenidos hasta ahora con el tratamiento quirúrgico, no son muy satisfactorios en cuanto á evitar las recidivas; en cambio, en los

pocos casos en que se empleó un tratamiento médico, el éxito fué bueno. Por consiguiente, en los casos crónicos se debe apelar primeramente á un tratamiento interno, enérgico y prolongado (lo mismo que en la úlcera del estómago), antes de pensar en una nueva operación.

El origen de la úlcera hay que atribuirlo en primer término á la acción digestiva del jugo gástrico, que no siempre es muy ácido, y además, á los trastornos circulatorios (arterio-esclerosis), á las lesiones de la mucosa y quizá también á cierta predisposición individual. Hasta ahora no es posible decir con seguridad hasta qué punto influyen en la aparición de la úlcera el método ó la técnica de la operación. Consideraciones teóricas aconsejan preferir la gastro-enterostomía posterior á la anterior con fijación transversal del asa.

La frecuencia cada vez mayor de casos de úlcera pépsica del yeyuno induce á limitar el empleo de la gastro-enterostomía en los casos de afecciones gástricas benignas, dando más importancia, en cambio, á su tratamiento médico. Cuando sea de rigor la intervención quirúrgica (estrechez pilórica), se sustituirá, siempre que se pueda, la gastro-enterostomía por la piloroplastia ó en su caso por la gastroduodenostomía. Si sólo es practicable la gastroyeyunostomía, parece que se debe preferir la modificación de la misma, que ha propuesto Goepel, y á la que ha dado el nombre de gastro-enterostomía *fundosa*.

(*Mitteilungen a. d. Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie*). — R. del Valle.

Patogenia de la eclampsia.—Zweifel atribuye la eclampsia á la auto-intoxicación por el ácido sarcoláctico. En las eclámpsicas disminuye la eliminación de urea y aumenta la del amoníaco, hasta el punto que el ázoe de la primera desciende de 83 por 100 á 27 ó 70 por 100, y el del segundo se eleva de 5 por 100, cifra normal, á 16'5 por 100. La disminución de la urea y de los sulfatos de la orina indica la oxidación insuficiente del azufre contenido en las substancias albuminóideas. Respecto al aumento del amoníaco cree que, como en el coma diabético, en la eclampsia hay una intoxicación ácida y que en ambos la superabundancia de amoníaco es un medio de defensa del organismo para neutralizar en cierto modo el exceso de ácido que forma y que le intoxican. Zweifel supone que el ácido que envenena el organismo y produce la eclampsia es el sarcoláctico, que se forma siempre que hay oxidación insuficiente de las substancias albuminóideas. Ha analizado la sangre del feto y la de la madre, encontrando tres veces más ácido sarcoláctico en la de aquél que en la de ésta. Deduce de aquí que dicho ácido, agente de la intoxicación ácida, se forma en el organismo fetal, y sólo aparece secundariamente en el materno. Ha encontrado dicho ácido, antes de presentarse los accidentes eclámpsicos, cuatro veces en la orina y dos en la sangre de mujeres embarazadas que padecían nefritis. Fundándose en estos datos, aconseja Zweifel el tratamiento siguiente en la eclampsia. Sangría, que tiene la ventaja de sustraer de la sangre cierta cantidad de ácido sarcoláctico. Provocación del parto en cuanto se manifieste el primer acceso de eclampsia. Según Zweifel, la mortalidad con esta práctica es de 6 por 100, y de 33 por 100 con la espectación. La sudación, que concentra la sangre y las inyecciones de morfina que favorecen la pro-

ducción de ácido sarcoláctico, están contraindicadas. El oxígeno en inhalaciones y en inyecciones subcutáneas es, por el contrario, utilísimo y constituye la verdadera terapéutica causal.

(*La Presse Medicale*).— F. Toledo.

Tratamiento de la fiebre tifoidea con la tintura de yodo.—El Dr. L. Raynaud recomienda muchísimo el siguiente tratamiento de la fiebre tifoidea. Primer día: 5 decígramos á 1 gramo de calomelanos; la dosis será tanto menor, cuanto más alta sea la fiebre. En cada uno de los cinco días siguientes: 20 á 25 gotas de tintura de yodo en 150 gramos de agua, con adición de un centígramo de yoduro potásico. Como agua es preferible la de fuente, y la disolución se calcula para todo un día. Al día séptimo, calomelanos como en el día primero, y en los cinco días siguientes se repite la administración del yodo. Con este tratamiento dice el autor que se curan la mayoría de los casos, en doce á catorce días, y no hacen falta baños. Como estimulante, si es necesario, 2 milígramos de sulfato de estricnina.

(*Med. Moderne*).—R. del Valle.

Tratamiento de la coriza simple de los recién nacidos.—Esta afección principia á veces poco después del nacimiento y es muy rebelde. La secreción mucopurulenta, sobre todo por la noche, forma costras que obstruyen las aberturas nasales. Impide al niño mamar y es un obstáculo contra el crecimiento. Se aconseja en general introducir en la nariz un pequeño fragmento de la pomada siguiente:

Mentol	10 centígramos.
Vaselina	20 gramos.

Es preferible el aceite mentolado en la misma proporción.

Otros autores prefieren instilar en la nariz mañana y tarde la mezcla siguiente, que además de su acción bactericida tiene la ventaja de reblandecer las concreciones mucopurulentas:

Acido bórico	1 gramo.
Glicerina esterilizada	30 —

Las inyecciones acuosas están contraindicadas. En cambio son útiles las inhalaciones de vapores de eucaliptus.

(*La Clinique infantile*, 15 febrero 1906).— F. Toledo.

Diagnóstico del absceso hepático.—De las investigaciones realizadas por e Dr. Axisa, médico del Hospital Europeo de Alejandría de Egipto, se deduce que la disminución de la urea en la orina combinada con el aumento del amoníaco, constituye un síntoma muy principal del absceso hepático, cuyo diagnóstico puede facilitar en los casos dudosos.

(*Zentralblatt für innere Medizin*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

UN CASO DE LATIRISMO

POR

JULIO LARRÚ

Alumno de la Clínica del Dr. D. Rafael del Valle y Aldabalde.

Siendo el latirismo enfermedad algo frecuente en nuestro país, es extraño que no se haya publicado en él, según creo, ningún trabajo especial sobre este proceso. Y esto es tanto más de lamentar, cuanto que una afección, análoga al latirismo por más de un concepto, fué descrita por vez primera por un sabio médico español.

Así, pues, no solamente para llamar la atención sobre una enfermedad interesante, sino para estimular también con el recuerdo del célebre Casal á aquellos de nuestros médicos que se encuentren en condiciones de aportar datos á la historia del latirismo, es por lo que, de acuerdo y siguiendo los consejos de mi querido maestro Dr. Valle y Aldabalde, y gracias á la amabilidad del Director de esta acreditada REVISTA, me permito exponer el siguiente caso y las consideraciones que su estudio me ha sugerido.

Trátase de un hombre de veintiséis años, soltero, natural de Bochones (Guadalajara), labrador y molinero de profesión en país donde se cosechan y consumen trigo, centeno y almortas. De fuerte constitución, carece en absoluto de *antecedentes hereditarios* que puedan tener relación con la presente enfermedad ni con otra alguna. Sus padres no son neurópatas, no tienen parentesco consanguíneo y tampoco puede considerárseles como alcohólicos. Su única hermana goza de buena salud y nunca ha tenido accidentes neuropáticos.

Nada asimismo refiere respecto á sus *antecedentes patológicos individuales*, ni hay motivo para sospechar una intoxicación crónica, plúmbica ó arsenical. No recuerda que entre sus convecinos se

padeciera enfermedad análoga á la que él sufre, ni en la época en que empezó su padecimiento ni antes.

Este individuo hacía uso habitual en su alimentación de almortas cocidas en grano y en forma de gachas ó puches, en bastante cantidad, pues es gran comedor. Sólo venía consumiendo este alimento un año antes de empezar su enfermedad, pero en dicho año las almortas constituyeron la base principal de su alimentación, quizá los dos tercios. Dice, además, que nunca las encontró mal gusto.

La *enfermedad actual* empezó hace once meses, es decir, en mayo de 1905, durante una época lluviosa y después de enfriamientos prolongados, por haber estado trabajando varios días con el agua á la rodilla componiendo una acequia. Experimentó paulatinamente en el intervalo de pocos días dificultad en la marcha, sobre todo al caminar cuesta abajo, lo que le ocasionaba frecuentes caídas *hacia atrás*. Atribuye perfectamente esta dificultad, no á debilidad, sino á rigidez de las piernas, la cual existía, no solamente al andar, sino cuando estaba sentado, é iba acompañada en el momento de andar de dolores que, partiendo de la región lumbar, terminaban en la punta de los piés. Esta dificultad siguió aumentando lenta pero progresivamente hasta hacer la marcha casi imposible y necesitar para efectuarla muy penosamente el auxilio de dos muletas. Durante el principio de su enfermedad sintió hormigueos y sensaciones de calor y frío en las piernas, hinchándose éstas y no distinguiendo bien cuando pisaba sobre tierra blanda ó dura; pero no tuvo sordera ni vértigos.

Nada anormal se encuentra en los diversos órganos y aparatos de este sujeto, por lo que al describir su *estado actual* hemos de referirnos exclusivamente á los síntomas que nos suministran algunas funciones de su sistema nervioso.

Lo más ostensible en este enfermo son los trastornos que presenta en su locomoción y la manera de responder la motilidad de sus miembros inferiores á algunas causas de excitación. Sentado, no tiene las piernas extendidas como antes le sucedía y cuando se pone en pié, después de grandes dificultades, aumenta la base de sustentación.

Los miembros tiemblan y, cuando quedan al parecer en reposo, existe un movimiento de tremulación imperceptible á simple vista, pero que en la fotografía se aprecia claramente por la difusión de los detalles. Si pretende marchar, inclina el vientre hacia adelante y el tórax hacia atrás, inclinándose también lateralmente hacia el lado

opuesto al miembro que va á mover. Durante la progresión, las piernas están en extensión forzada, los piés en equino el derecho y en equino, aunque no tanto, y algo varo, el izquierdo, y ambos en rotación interna. Este equinismo es tanto más graduado, cuanto más rápida es la marcha. Al levantar el miembro que va á adelantar, asciende la cadera correspondiente, lo que produce una oscilación muy manifiesta; arrastra al principio los dedos de los piés y describe con éstos un movimiento de circunducción. Por lo tanto, este sujeto es digitígrado, estando la marcha tan dificultada que sólo se verifica y muy imperfectamente con el auxilio de un bastón.

Mediante el método gráfico de Gilles de la Tourette se observa la marcha *bilateral espasmódica;* pero en cuanto al carácter rectilíneo que se asigna á este género de marcha, aunque sea en su *tercer grado*, es muy dudoso, puesto que el pié derecho sobrepasa la directriz en algunos pasos, como puede observarse en la figura 1.ª

Durante la marcha se

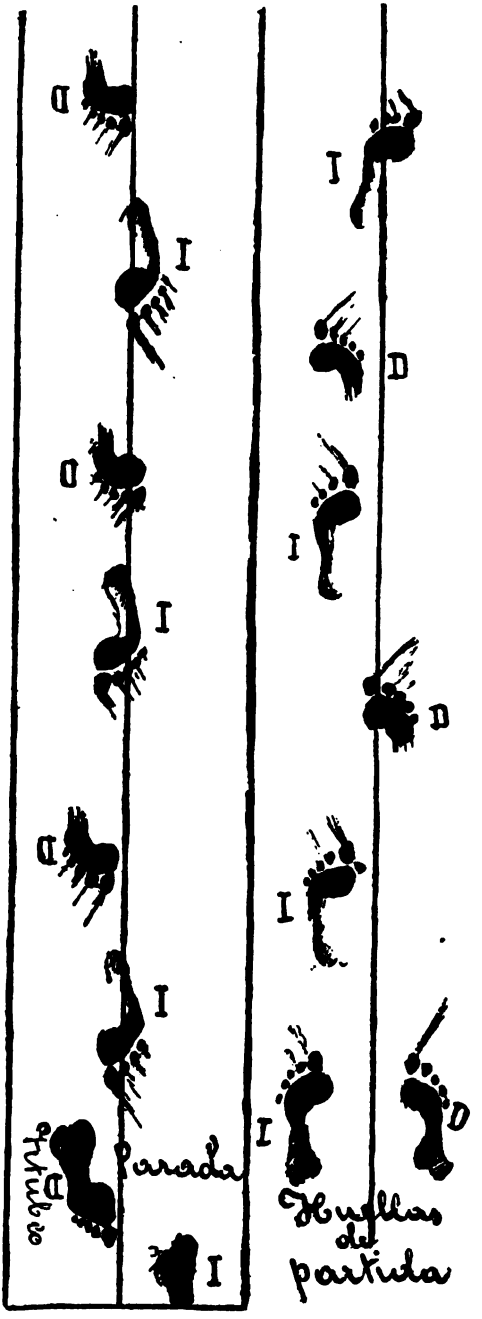


Figura 1.ª

perciben dos ó tres sacudidas de la pierna que avanza y movimientos de tremulación, cuyos movimientos se perciben también en el momento de levantarse; pero son más perceptibles cuando estando sentado se le manda levantar una pierna y sobre todo si se golpea ligeramente su pantorrilla. En este caso el movimiento de tremulación se irradia hacia la raíz del miembro, pero sin invadir las extremidades superiores.

No se aprecian contracciones fibrilares, ni tampoco la R. D.; no observándose tampoco amiotrofias, á lo menos aquellas que llevan consigo disminución ostensible en el volumen de los músculos; pero sí nos refiere este enfermo que sus pantorrillas eran más gruesas antes; y medidas ambas al mismo nivel de su diámetro mayor, se observa que la derecha tiene centímetro y medio más que la izquierda.

Obsérvanse en la cara dorsal de la primera falange de ambos dedos gordos, callosidades que dependen, según el enfermo, del roce con el suelo que se verificaba al andar cuando la progresión estaba más dificultada. Las falanges de los dedos están en extensión la primera, y en flexión forzada las segunda y tercera. La extensión de la primera es en ocasiones tan exagerada que los tendones de los extensores, principalmente el del extensor propio del dedo gordo, forma una elevada prominencia. La figura 2.ª da una idea de todas las modificaciones antedichas.

Ningún trastorno hemos podido observar respecto á las modalidades de la sensibilidad. No existen ni han existido movimientos convulsivos, incontinencia de orina ni de materiales fecales, contracciones de los músculos del abdomen, impotencia temporal, vértigos, trastornos laríngeos, dolores en cinturón, sensaciones de embriaguez, etc., síntomas en su mayor parte observados por Proust en la epidemia de Kabilia, que ha sido la que en los tiempos modernos ha servido para poner sobre el tapete el estudio de este proceso.

Los reflejos rotulianos están claramente exaltados; existe asimismo el signo de Babinski, así como clonus del pié, aunque á veces falta. No hemos apreciado nistagmus, ni el signo de Argyll-Robertson, ni el de Romberg, pero este enfermo tiene una miosis muy pronunciada y su pupila no obedece bien á las excitaciones luminosas.

En vista de este síndrome puede establecerse, y al parecer sin duda alguna, *el diagnóstico directo* de la afección que nos ocupa, puesto que este enfermo presenta el cuadro casi característico que los autores asignan al latirismo. Pero decimos *al parecer*, y decimos tam-

bién *casi completo*, porque aun siendo éste un caso grave por los graduados trastornos que ha presentado en la marcha y por su persistencia, no ofrece todos los síntomas mencionados por Proust, Bouchard, Bourlier, etc., y porque la relación de efecto á causa no es en este caso todo lo evidente que fuera de desear. Sin embargo, su casi segura etiología, su síndrome fundamental y su modo de presentación y curso, coinciden con lo descrito por los autores en los casos típicos de latirismo, por lo que es posible el diagnóstico directo, y holgaría establecer un diagnóstico diferencial si este síndrome correspondiera exclusivamente al latirismo; cuestión que trataremos de dilucidar en las consideraciones á que se presta este caso.

Figura 2.ª

En esta figura se ven: 1.°, la prominencia de los tendones extensores de los dedos y la flexión forzada de las últimas falanges; 2.°, la huella exagerada de las cintas de las alpargatas; 3.°, el mayor volumen de la pantorrilla derecha comparada con la izquierda, aunque la diferencia es muy pequeña; 4.°, cierta difusión de la imágen debida á la ligera trepidación que se observa en el sujeto cuando está de pié, difusión que, á su vez, ha sido la causa de que en la placa fotográfica no se hayan podido fijar los detalles mencionados con toda la claridad apetecible.

Con la *tabes dorsal* no cabe realmente confusión posible, porque en ésta no aparecen desde el principio los desórdenes de motilidad que presenta nuestro enfermo, sino una verdadera paresia. Los movimientos de las piernas en la cama son perfectamente posibles y la ataxia de la tabes coincide con los movimientos intencionales. Los tabéticos no inclinan el cuerpo hacia adelante para andar, ni

son digitígrados, ni presentan la típica oscilación de caderas tan característica en la mal llamada *paraplegia del latirismo.*

No puede establecerse una distinción tan fácil con la *tabes dorsal espasmódica*, si bien la noción etiológica, la rareza en la clínica del tipo Erb-Charcot y el haber respetado la lesión en nuestro enfermo los miembros superiores, permiten establecer el diagnóstico diferencial *hasta cierto punto.*

En la *esclerosis lateral amiotrófica* existen atrofia muscular y sacudidas fibrilares, siendo otro su comienzo y otra su marcha.

Tampoco se trata de una parálisis por *mielitis*, pues en ésta todos los músculos se hallan más ó menos paralizados en grado próximamente igual, existiendo, además, síntomas de vejiga y de recto.

Según se dice, el *beriberi* puede confundirse con el latirismo, pero prescindiendo, que es mucho prescindir, de su nula presentación en nuestro país, nuestro enfermo es una palmaria demostración de lo contrario, porque en el beriberi, según se dice también, se presenta verdadera paresia, doblándose las rodillas y desapareciendo el reflejo rotuliano. La parálisis gana frecuentemente los músculos superiores y el curso es rápido, análogo al de la parálisis ascendente aguda, presentándose, además, atrofia muscular, lesiones tróficas de la piel y huella completa en la marcha. No nos explicamos, por tanto, admitan los autores su posible confusión con el latirismo.

No sería tan fácil asegurar que nuestro enfermo no padece una *parálisis espinal de origen sifilítico*, ni una *esclerosis primitiva de los fascículos piramidales*, y por tanto, una *paraplegia espinal espasmódica*, puesto que el síndrome de estas lesiones es análogo y hasta idéntico, según tendremos ocasión de repetir.

Excusamos seguir analizando la *esclerosis cerebral* y otras afecciones medulares, la *siringomielia*, *paraplegia por lesiones articulares*, *tumores raquidianos*, *mal de Pott*, *saturnismo*, *arsenicismo*, etc.; en resumen, todos los estados que pueden presentar en más ó en menos el síndrome de la paraplegia espasmódica, pues aparte de los síntomas esenciales de estos procesos, la falta de trastornos tróficos perceptibles, así como de los de vejiga y recto, hiperestesias, nistagmus, etc., etc., nos permitirían establecer por sí solos el diagnóstico diferencial.

El PRONÓSTICO de esta enfermedad, y por tanto el de nuestro enfermo, es relativamente grave, pues si bien este proceso no atenta directamente contra le vida y su curación es posible, su marcha es sumamente lenta é imposibilita al enfermo por completo para casi

todo trabajo, siendo de temer las recaídas en cuanto volviese á actuar la causa productora de la enfermedad. En este enfermo, la mejoría progresiva que viene observando, hace esperar que más ó menos tarde pueda llegar á una curación completa; pero, no obstante, la lentitud de esta mejoría obliga á ser reservado.

Escasos ó más bien nulos son los medios de que disponemos para el TRATAMIENTO de esta enfermedad, pues no está demostrado, ni mucho menos, que la electroterapia, hidroterapia, mecanoterapia, revulsión, estricnina, bromuro y yoduro potásicos, que son los elementos terapéuticos aconsejados, influyan en su curso. No obstante, en este caso, y al parecer por los efectos de la primera revulsión que se aplicó en la clínica del Dr. Pérez Valdés (1), en que se halla el enfermo, debe insistirse en ella, y posiblemente serían beneficiosos como coadyuvantes los baños calientes á título de sedantes de la inervación muscular y reguladores de la circulación y nutrición. También insistiríamos en el uso del bromuro potásico administrado en una sola dosis crecida y diaria, pues aun siendo una medicación sintomática, constituye, como sabemos, un sedante del elemento espasmódico, poniendo, por tanto, en condiciones á la médula para normalizar su nutrición y funciones.

CONSIDERACIONES CLÍNICAS

Dió Catani el nombre de latirismo, y Proust el de latirismo medular espasmódico, á un proceso descrito ya, según dice Boeck, por Hipócrates, el cual refirió una epidemia sufrida en Eno (Tracia), al que dió el nombre de *crurum impotentia vel exolutio*, así como poco después se le llamó *crurum imbecilia* y *torpeza de las piernas*. Fué conocido también por Galeno, Dioscórides, Avicena, Ramazzini, Duvernoy, Doir, etc., pero su conocimiento más completo sólo data del siglo XIX, cuando Desparanches describió la epidemia de Loir y Cher é Irving la de las Indias inglesas, después por Proust, Bouley y Le Roi de Mericourt, cuando el primero de estos autores presentó, en 1883, á la consideración de la Academia de París, la comunicación sobre la epidemia de Kabilia, y por Catani, Brunelli, Seolzi, Bouchard, Bourlier, P. Marie y otros que le han hecho objeto de trabajos especiales.

Todos los que han tratado de esta enfermedad convienen en asig-

(1) Y con este motivo, he de manifestar mi agradecimiento á mi buen compañero y amigo, por haberme proporcionado este y otros casos en beneficio de la enseñanza. — *Valle.*

maria como causa el uso alimenticio de ciertas leguminosas de la familia de las *papilionáceas* ó *amariposadas* y del género *lathyrus*, habiendo sido inculpadas las especies *cicera*, *tenuifolium*, *sativus*, *alatus*, *clymenum* y *angustifolius*. En nuestro país, la única responsable, al parecer, es la *almorta*, llamada también titos, muelas, chitos, guijas, etc.

Parece ser que el principio nocivo no existe en la planta fresca, pues los animales que comen estas leguminosas en forraje no la padecen, existiendo sólo en los granos maduros y probablemente alterados; porque se dice, sólo son nocivas las semillas de ciertas cosechas hasta el punto de determinar verdaderas epidemias de latirismo, si bien esto puede depender del uso excesivo de la almorta por la escasez de otras semillas en años de penuria. No obstante, se admite también que la almorta sana origina el latirismo, produciéndole sólo á los tres meses de constituir más de la mitad de la alimentación cotidiana.

A pesar de las investigaciones efectuadas, hoy se desconoce la naturaleza química del agente nocivo, sospechándose solamente que debe tratarse de un alcaloide (Loude y P. Marie), pero sin que aún se sepa si ese alcaloide es producto de la planta ó veneno microbiano. Reinch ha extraído del *lathyrus angustifolius* una substancia cuya acción biológica no está determinada. Teilleaux ha aislado un principio resinoso en el *lathyrus cicera* que produce paraplegia y mata á los conejos. Astier también ha aislado un principio muy volátil que denomina *latirina*, el cual, inyectado en las ranas, determina parálisis de las extremidades posteriores. Hoy parece ser este el cuerpo que se sospecha ser la causa del latirismo, pero de ser cierto, este proceso no se observaría en el hombre, dada la volatilidad de dicho cuerpo y el hecho de que el hombre hace uso siempre de estas semillas cocidas. Lo que sí es posible, es que suceda en el latirismo algo de lo que ocurre en la pelagra, si es que en esta afección es el maíz el responsable. Esto es, que los que hacen uso del maíz previamente torrefacto, no padecen la enfermedad. Respecto al latirismo, también dice Bouchard que los que comen la harina de almorta en forma de *alcuzcuz* ó *alcuzuzu*, llamado por los franceses en Argelia *couscousson*, son atacados con más frecuencia que los que la ingieren en forma de torta (1).

(1) Pudiera suponerse que el principio activo fuese soluble en el agua y no descomponible á 100°, y que en cambio se volatilizaría y hasta se descompondría por la torrefacción. — *Valle.*

En resumen, repetimos que hoy por hoy desconocemos la naturaleza química del agente nocivo, pero después de las observaciones verificadas y ante todo las mencionadas por Verrier, que produjo el latirismo á voluntad en el caballo por la alimentación con almorta, no cabe duda alguna de que dicho agente existe en las mencionadas semillas.

También indican todos los autores el predominante papel que desempeñan los enfriamientos en la producción de este proceso, afirmando asimismo que la época de su presentación suele ser en los meses fríos y lluviosos.

En nuestro enfermo vemos comprobados en parte estos asertos; pues no sólo hacía uso habitual de las almortas en más de los dos tercios del total de su alimentación, sino que atribuye sin ningún género de duda su enfermedad á ostensibles y prolongados enfriamientos; y aunque la aparición fué en mayo, recuerda que el tiempo estaba por entonces frío y lluvioso.

Sin embargo, lo ostensible de los enfriamientos y lo esporádico del caso, permiten ciertas dudas acerca de la influencia indiscutible de la alimentación habitual con la almorta en la patogenia del caso actual.

A pesar de las fehacientes observaciones que hemos mencionado, y siquiera sea dicho á título de hipótesis, parece lógico admitir en la etiología del latirismo dudas idénticas á las que asaltan cuando se analiza la etiología de la pelagra. En esta enfermedad las inyecciones practicadas por Di Prieto con el cultivo del *panecillum glaucum*, hongo que existe en el maíz averiado, produce en los conejos el síndrome ostensible de la pelagra. Es más, Di Prieto ha conseguido inmunizar conejos mediante la inyección de suero de otros conejos en los que se produjo la pelagra experimentalmente. Si la realidad de la pelagra en el conejo es indudable y las observaciones de Di Prieto ciertas, como debemos admitir, estaría demostrada de un modo palmario y evidente la causa de la pelagra; y sin embargo, tan preciosas observaciones no pueden invalidar otras, referentes á pelagrosos que jamás han hecho uso del maíz en su alimentación, como el caso que en la actualidad tenemos en la Clínica del Dr. Valle y Aldabalde, de un hombre natural de Junculillos de la Sagra (Toledo); el que el Dr. Huertas citó ante la Real Academia de Medicina; otros dos casos que ocupan actualmente la sala de este mismo doctor; y otro de la Clínica del Dr. Pérez Valdés, referente á un picador de toros que jamás había probado el

maíz. Yo mismo sé que en ciertos puntos de la Alcarria (partido de Pastrana,, donde hasta hace poco no se conocía el maíz, ni aun de nombre, se han presentado muchos pelagrosos, hasta el punto que son relativamente frecuentes los suicidios por suspensión, y sobre todo por sumersión, término frecuente también de la existencia de estos desgraciados. En cambio en muchos puntos de la provincia de Santander y Vascongadas, donde la base principal de la alimentación en la clase obrera es el maíz, ni la pelagra es endémica, ni se presentan epidemias, ni se observan casos esporádicos. Aquí tienen materia abonada otros más competentes que yo para ejercitar sus energías intelectuales (1).

Es evidente que la lesión productora del latirismo afecta de una manera primitiva ó secundaria á los cordones laterales de la médula, así como su principio relativamente brusco ha hecho pensar en una mielitis transversa ó hemorragia medular. A juzgar por lo observado en el presente caso, y lo que sucede en la mayoría, según refieren los autores, más parece depender de una lesión circulatoria ó degenerativa que flegmásica; pues nuestro enfermo recuerda perfectamente la ausencia de todo síntoma agudo y ante todo de fiebre y, dada la agudeza relativa del principio de la lesión, sería rarísimo que la inflamación aguda de un centro nervioso no fuera acompañada de este síntoma.

El único y muy incompleto dato necrópsico en el hombre, que según nuestras investigaciones existe, es la autopsia practicada por Grandjean, en la que encontró un reblandecimiento de la médula lumbar en una extensión de varios centímetros.

Más demostrativas son las autopsias practicadas por Mirto en los animales á los que hizo contraer el latirismo experimentalmente. En ellos se ha encontrado degeneración de los cordones de Goll y de los fascículos piramidales.

Catani observó estriación menos clara y degeneración grasosa en un pedazo de músculo extirpado á uno de sus enfermos, hecho que concuerda con la posibilidad de amiotrofias admitidas por los autores. Estas amiotrofias, así como los síntomas antedichos observados por Proust en la epidemia de Kabilia, no se han presentado en nuestro historiado de una manera claramente ostensible, pero sí un sín

(1) Esta cuestión tan debatida no es para tratada en una nota. Sin embargo, pudiera admitirse que así como la tabes dorsal, de origen casi siempre sifilítico, puede reconocer otro origen, la pelagra de origen maídico en otras regiones, podría ser producida por otros principios tóxicos de acción análoga. — *Valle.*

toma no indicado por los autores y que en nuestro concepto no deja de tener significación para explicar los trastornos tróficos que pueden presentarse en este proceso. Nos referimos á los edemas de las extremidades inferiores, que aun hoy se vislumbran por la impresión *exagerada* de las cintas de las alpargatas. Es raro que dependiendo estas amiotrofias como parecen depender de la cantidad de intoxicación y, habiendo sido ésta en nuestro enfermo, á juzgar por las grandes perturbaciones que ha sufrido su locomoción, suficientemente intensa, no se hayan presentado más ostensiblemente.

Existe un detalle en la marcha de nuestro enfermo que, en nuestro sentir, tiene una importancia de primer orden. Según nos ha manifestado repetidas veces, los primeros trastornos que sintió fueron grandes dificultades para la progresión *cuesta abajo*, y estas dificultades dependían, no de debilidad, sino de rigidez de las piernas; lo que hace suponer que esta enfermedad empezó por contractura y no por parálisis, puesto que aparte de la manifestación del enfermo, es natural suponer que en toda paresia la progresión es mucho más fácil cuesta abajo que cuesta arriba (1). Además, este enfermo nos ha indicado repetidas veces que las *nueve caídas* que sufrió en la primera etapa de su enfermedad fueron *hacia atrás*, lo que demuestra en nuestro concepto energía muscular de reacción (digámoslo así) bastante y hasta excesiva para contrarrestar la dirección de la caída natural hacia adelante que indica Bouchard. Y decimos que estos detalles tienen gran importancia, porque según los autores, la patogenia de esta afección estriba en la parálisis de ciertos músculos (ilíacos, psoas, biceps, semimembranoso, semitendinoso, tibial anterior, flexor del pié y extensores largo y corto de los dedos glúteos, extensores del muslo, sóleos, poplíteos y peroneos), y aparte de que en este enfermo se presentan contracturados permanentemente los flexores de la última falange, y principalmente el extensor del dedo gordo, sus manifestaciones y su observación nos inducen á creer que la acción del agente nocivo obra por excitación y no por disminución de las funciones motrices, por lo que dicho agente debe tener una acción análoga á la que determina el ergotismo, y ante todo la acrodinia. Y esto es tanto más importante, cuanto que se opone á la recomendación que algunos autores han hecho de la

(1) Como la contractura de los extensores de la extremidad inferior dificulta la flexión de la misma mucho más que la extensión, de aquí, sin duda, la mayor dificultad para bajar cuestas y escaleras que experimentaba el enfermo. — *Vaile.*

[illegible] en el [illegible] de su proceso.

Consideradas esta enfermedad con exclusivamente por sus manifestaciones [illegible] en la marcha, vemos aquélla para su análisis y diagnóstico el método gráfico usado por Duchenne y perfeccionado por Vangenaber y Gilles de la Tourette. Mediante dicho método vemos demostrado que la huella está constituída exclusivamente por el vértice anterior en el pie derecho y por el vértice anterior al borde externo y algo más cada en el izquierdo, dependiendo íntimamente la inclinación mayor ó menor de dicho borde y cada de la misma respecto á eje de la marcha. Existe cierto arrastre en la punta de su tesis en ambos pies y hacia fuera y la longitud del paso en vez de ser de 60 centímetros normales, es de 70, mucho larga en alguna. Además de esto, la separación en vez de 11 á 12 centímetros (normal) es más ó menos que esta, puesto que en casi todos los pasos parte de los pies sobrepasan la directriz, y en algunos la tocan, sobre todo en el pié derecho. Por lo tanto, si esta marcha es la que Gilles de la Tourette admite como *bilateral rectilínea espasmódica en su tercer grado*, vemos que se aproxima al *tipo titubeante*, por lo que el ángulo con la directriz, teniendo en cuenta la dirección del borde externo del pié izquierdo, en algunos pasos nulo por acercarse á dicho tipo titubeante.

En resumen, la marcha de nuestro enfermo no tiene los caracteres típicos que se asignan á la marcha bilateral rectilínea espasmódica en su tercer grado, sino que pudiéramos considerarla como transición al *tipo titubeante de la embriaguez*. Quizá esto nos permitiría establecer un diagnóstico diferencial, no solamente con las enfermedades que presentan el tipo titubeante y unilateral, sino aun con aquellas que presentan la marcha bilateral rectilínea, porque se separa de la huella que corresponde al tercer grado de la marcha espasmódica y se separa mucho más de la titubeante típica. Sería menester estudiar más este asunto obteniendo múltiples gráficas de los numerosos y variados procesos que originan la marcha espasmódica.

Por otra parte, la indudable mejoría que presenta este enfermo debe significar un dato de gran importancia para el diagnóstico del latirismo, puesto que es natural suponer que en el principio de la lesión la marcha espasmódica en su tercer grado debía ser más característica respecto de su equinismo, acercándose más al tipo titubeante, lo que está en contraposición con el carácter progresivo de casi todas las lesiones que originan la marcha espasmódica. Y esto

es tanto más importante, cuanto que ya hemos indicado que si prescindimos del elemento etiológico el diagnóstico del latirismo sería imposible.

Así, pues, si comparamos el síndrome de nuestro enfermo con el que los autores asignan á este proceso, no es posible la duda, porque son idénticos; pero si consideramos que dicho síndrome no es característico de un proceso dado, serán lícitas ciertas reservas que creemos de lógica indiscutible. En efecto, el cuadro sintomático que presenta este enfermo es una paraplegia espasmódica, y este síndrome se presenta asimismo en múltiples procesos, pero principalmente en la *paraplegia espinal espasmódica familiar* y en la *tabes dorsal espasmódica*, ó mejor dicho, en la *esclerosis primitiva de los fascículos piramidales*. Aun eliminando, por tanto, las esclerosis combinadas que pueden presentarse en la *tabes*, en la *parálisis general*, en la *enfermedad* de *Little*, en la de *Friedreich*, *mielitis transversa*, etc., y aunque en el concepto clínico no se pueden confundir fácilmente estas enfermedades, como quiera que así la etiología de la *parálisis espinal espasmódica familiar*, como la de la *esclerosis primitiva de los fascículos piramidales* es muy obscura, también la afección que padece este enfermo pudiera obedecer á otra causa ajena por completo al uso de la almorta. La herencia neuropática, no ya homóloga sino heteróloga; la consanguinidad ó alcoholismo de los antecesores; los excesos venéreos; el *surmenage* ó rendimiento intelectual; el traumatismo; la intoxicación saturnina y la acción del frío húmedo, han sido reconocidos por los autores como principales causas de la parálisis familiar y de la esclerosis primitiva mencionadas. En nuestro caso pudiéramos quizá eliminar la mayor parte de estas causas; pero seguramente no podríamos eliminar las dos últimas. La acción del frío húmedo es tan segura, que á ella atribuye el enfermo su lesión. La intoxicación saturnina, prescindiendo de la carencia de otros síntomas característicos, es posible por los múltiples orígenes de esta intoxicación. Presente debe estar en nuestra memoria la epidemia de saturnismo que se presentó hace años en un pueblo de la Mancha, y cuya obscura causa dependía de las soldaduras del eje de las piedras del molino con plomo, y no hay que olvidar que este sujeto era molinero. Quizá también pudiéramos eliminar esta última causa por el hecho de no haberse presentado en otros individuos en el mismo pueblo la intoxicación plúmbica; pero con la misma razón tendríamos que eliminar el latirismo, porque sería raro que este individuo robusto, y ad-

mirablemente constituído, sin antecedente alguno neuropático, nicotínico, sifilítico ni alcohólico, hubiera respondido él solo á la nociva acción de una harina de almortas alterada ó no, cuando esa misma harina era consumida por muchos, algunos de los cuales trabajaron con él en la misma acequia, y por tanto, experimentaron idénticos enfriamientos. Y esto es tanto más extraño, cuanto que el tóxico origen de esta enfermedad debe tener una potencia tan extraordinaria y deben ser tan pocos los inmunizados naturalmente contra ella que, según P. Marie, en ciertos países (Argelia), se han visto atacados más del 10 por 100 de sus habitantes. Sólo su condición de gran comedor pudiera quizá aclararnos punto tan interesante.

Algo análogo á lo que hemos manifestado respecto al saturnismo pudiéramos decir del arsenicismo crónico, pues sabido es no solamente el variado origen de tal intoxicación, sino el caprichoso síndrome y variada localización que puede adoptar la llamada *tabes arsenical.*

La acción del frío húmedo, significada por todos los autores y tan ostensible en nuestro enfermo, no puede menos de ser invocada en este caso, pero el problema que se plantea entonces es análogo al planteado en este sentido respecto á la etiología de la pelagra, esto es, si la acción del frío húmedo ú otra causa hasta ahora ignorada es suficiente para originar la lesión que padece nuestro enfermo, ó si ha sido precisa la ingestión del cuerpo nocivo que dicen origina el latirismo. No obstante, la carencia de toda otra etiología, la carencia asimismo de síntomas característicos de otras afecciones en que se presenta la paraplegia espasmódica, la localización típica en las extremidades inferiores, y ante todo, el curso del proceso, nos inclinan á pensar en la influencia del latirismo.

Respecto al pronóstico, podemos obtener un dato de algún valor fundados en la aparición en la gráfica del borde externo y algo del talón del pié izquierdo. Indica claramente que ya esté constituída esta lesión por parálisis de los flexores ó contractura de los extensores (que es, repetimos, otra de nuestras dudas en la historia no muy clara del latirismo), la lesión es menos completa en dicho miembro. Posiblemente antes de presentar este enfermo la mejoría que presenta, la huella de ambos piés estaría representada exclusivamente por el ovoide anterior. Así, pues, si dentro de algún tiempo se obtuviere otra gráfica, es probable que también en el pié izquierdo llegue á ser más perceptible el ovoide posterior y el borde externo

y el talón en el pié derecho, lo que nos significaría á todas luces que continuaba avanzando la curación.

La posibilidad de curación que todos los autores admiten en este proceso es un elemento de gran importancia para juzgar su anatomía patológica y su diagnóstico, puesto que si esta intoxicación produjera como lesión una esclerosis, su marcha sería progresiva, como lo es en las enfermedades en que tal lesión nutritiva se presenta.

Por último, nuestro historiado parece demostrarnos el escaso resultado que se obtiene en este proceso con la terapéutica aconsejada, puesto que á pesar de haber sido tratado desde un principio convenientemente, no ha experimentado sino una ligera y tardía mejoría en el curso de su dolencia, mejoría debida, al parecer, más que á la acción de los medios empleados, al mismo curso del padecimiento. Así, pues, hoy por hoy hemos de limitarnos á un tratamiento sintomatológico, por desgracia también de resultado muy problemático.

Por esto se imponen más las indagaciones que se fundan en la naturaleza del agente nocivo para ver de aniquilar su acción antes de ingerirlo ó para contrarrestar, si es posible, su perniciosa influencia antes que la inhibición celular ó la lesión de textura hagan estéril todo tratamiento racional.

Si el latirismo es, como parece, análogo á la pelagra, los experimentos de Ceni, que demuestran la toxicidad de la sangre de los pelagrosos y los mencionados estudios de Di Prieto, si llegan también á confirmarse, nos hacen esperar que la sueroterapia sea el tratamiento del porvenir, no sólo en dicha enfermedad, sino también en el ergotismo, la acrodinia y el *latirismo*.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 21 de Abril de 1906.

Parálisis agitante y tiroides. — El Dr. *Codina* manifiesta que habiendo muerto en su clínica del Hospital provincial un enfermo que padecía parálisis agitante, había practicado la autopsia y observó lesiones ateromatosas en las sigmoideas aórticas y en la porción ascendente de la aorta, que

estaba dilatada, y una cicatriz blanca del tamaño de una moneda de dos reales, que comprendía la superficie de la parte más alta de las circunvoluciones frontal y parietal ascendentes del hemisferio izquierdo, y además encontró un cuerpo tiroides que pesaba 20 gramos, de color rojo vinoso obscuro, con una mancha casi negra que comprendía casi los dos tercios del lóbulo izquierdo; al corte era muy duro, y las superficies que dejaba al descubierto de color muy obscuro también, sobre todo en el sitio de la mancha negra formada por una hemorragia subcapsular antigua; nada anormal pudo observarse en los demás órganos, lo cual, en su opinión, venía á confirmar las relaciones patogénicas existentes entre las alteraciones tiroideas y la enfermedad de Parkinson, relaciones que él fué el primero en dar á conocer fundado en casos análogos.

Dos casos clínicos: aneurisma de la aorta y saturnismo crónico.—El Dr. *Espina* presenta dos fotografías de enfermos de su clínica del Hospital provincial, una de ellas referente á un caso de aneurisma de la aorta abdominal que se manifestó por latidos en el lado izquierdo del vientre.

La segunda fotografía era de un minero de la cuenca de Linares, tabético, afectado de saturnismo crónico, que había recobrado casi por completo el movimiento merced á la reeducación por el sistema Zander hospitalario á que le había sometido por espacio de tres meses, cuyo resultado confirmaba lo expuesto por Dufour á la Sociedad de Neurología de París en marzo del año anterior acerca de la posibilidad de mejorar á tales enfermos sin el concurso de la ortopedia, que, como había afirmado Faure, acaba por suprimir la motilidad voluntaria.

Fiebre aftosa por probable inoculación de la vacuna.—El Dr. *Larra* lee datos estadísticos que prueban los beneficiosos resultados de la vacunación en el ejército español, llamando la atención acerca de lo ocurrido en la Isla de Cuba en 1896, en que murió el 20 por 100 de la población por viruela en una determinada localidad, añadiendo que merced á la vacunación practicada en las debidas condiciones, había llegado á conseguirse en el ejército español que la mortalidad por viruela decreciese, hasta el punto de que en 1904 no había ocurrido en aquél *ni una sola defunción* por la expresada enfermedad, y que sólo en Inglaterra y Alemania podían presentarse estadísticas más satisfactorias en sus respectivos ejércitos, correspondiendo al Cuerpo de Sanidad militar español la gloria de figurar en esto entre los primeros de Europa.

Describe minuciosamente la habitación destinada en el matadero de Berlín para recoger la vacuna y los medios empleados allí para obtenerla en las mejores condiciones de pureza é inocuidad.

Afirma que los accidentes de la vacuna observados por él han sido siempre muy raros y limitados á dermatosis, linfangitis y abscesos de la axila, habiéndose presentado únicamente dos casos de pústulas rojas y nunca de fiebre aftosa por la vacuna, y sí uno en un niño de tres meses que se alimentaba con leche de una cabra que padecía la enfermedad. Termina afirmando que no se había encontrado el bacilo de este proceso.

El Dr. *Codina* empieza manifestando que no había visto, ni por lo tanto diagnosticado, ningún caso de fiebre aftosa; que en octubre del año pasado tuvo que asistir á una niña por una enfermedad que diagnosticó de esto-

matitis aftosa, y que si bien esta enfermita bebía leche, era de la misma que usaban sus hermanos, que estaban en íntimo contacto con aquélla y que gozaban buena salud, por cuya razón opinaba que el expresado diagnóstico era el apropiado; pero que si prevalecieran las opiniones que se habían sustentado, sobre todo en Alemania por Ebstein, habría que llegar á considerar todas las estomatitis con aftas como fiebre aftosa, y entonces el caso de la mencionada niña sería de esta enfermedad, pero que no participando él de las mencionadas opiniones, nunca había tenido ocasión de hacer dicho diagnóstico, y que por consiguiente, no estaba en condiciones para emitir una opinión cimentada en hechos de observación personal, que es la que da más valor á toda afirmación. No obstante, añadió, justo es que todos emitamos nuestra opinión acerca de los cuatro puntos fundamentales á que se pueden concretar las conclusiones del Dr. González Alvarez, que son: 1.°, que el caso por él presentado es de fiebre aftosa; 2.°, que fué transmitido por la vacunación; 3.°, como consecuencia de esto, peligros que entraña la vacunación; y 4.° y último, forma más inocua ó preferible para emplear dicho medio profiláctico.

Por lo que se refiere al primer punto, hizo notar que todos los autores estaban conformes, hasta los que más recientemente se habían ocupado de este asunto, en que la forma anatomopatológica del proceso, las tumefacciones y las vesículas de la mucosa, su localización en las distintas regiones de la cavidad bucofaríngea, etc., que se observen en tal ó cual caso, es lo de menos para hacer el diagnóstico de fiebre aftosa; que lo importante es la etiología, y que todos aconsejaban que cuando se presentase un caso de este género se hiciera un interrogatorio detenido de la familia y una investigación minuciosa, pues sin este fundamento podría estimarse como fiebre aftosa todo proceso morboso acompañado de aftas, como probablemente ocurrió en el caso que se debate. Todos los Sres. Académicos recordarán que en el caso presentado se atribuía la fiebre aftosa á la inoculación por la vacuna, y la primera manifestación sintomática, el primer día de fiebre del enfermito, fué á los doce días. No negaré que el período de incubación pudiera durar treinta días, pero el hecho es tan insólito, como el de doce, puesto que casi siempre es de tres á cinco días, citándose como una rareza la observación de Siegel, en los alrededores de Berlín, en que dicho período llegó á nueve días.

De los hechos que conozco se desprende que, en todos los casos en que la fiebre aftosa se había comunicado por la piel siempre había sido ésta el punto donde primero habían aparecido las manifestaciones, hasta el extremo de que en algunos casos se limitaba á aquel punto sin invadir otros dicha manifestación morbosa; por eso decía que tal vez este era otro pequeño reparo que se podía oponer al diagnóstico de fiebre aftosa, puesto que en el caso del niño de que se venía tratando se hizo constar de un modo categórico que, hecho el examen de las vacunas, éstas se habían encontrado perfectamente bien, siendo este un dato que no dejaba de llamar la atención; y finalmente, otra objeción que podía hacerse al diagnóstico era la de que, si bien algunas veces se pueden desarrollar casos esporádicos de fiebre aftosa, es bien sabido que hacía mucho tiempo que no había fiebre aftosa en el ganado, y que, por lo tanto, no habiendo glosopeda en

los animales, difílmente podía haberla en la especie humana, toda vez que los hombres la contraen por contagio de aquéllos.

Hechas estas manifestaciones, ocurría preguntar si podía haber sido transmitida la fiebre aftosa por la vacunación, y en vista de los datos consignados, sin negar que la fiebre aftosa hubiera sido inoculada con la vacunación en algunos casos, sí dudaba mucho que esto haya ocurrido en el caso particular de que se venía tratando, puesto que todos los trabajos que había visto acerca de fiebre aftosa inoculada por la piel iban siempre acompañados de la observación de que la primera manifestación vesicular, una vez iniciada la fiebre, al cabo de veinticuatro ó cuarenta y ocho horas, aparecía en el sitio de la inoculación, pudiendo luego aparecer en otras partes, y no habiendo ocurrido así en este caso, había motivo suficiente para pensar que dicha fiebre aftosa no había sido inoculada por la vacunación.

Además de estas razones puramente científicas, había otra serie de ellas que también abogaban, si no en contra de que fuese inoculada por la vacuna aquella fiebre aftosa, cuando menos para inclinar el ánimo á no aceptar esta posibilidad. El Dr. González Alvarez supuso que la inoculación se había de haber verificado por la vacuna por partir, primero, del hecho de que era fiebre aftosa, y segundo, de que no podía ser inoculada por la leche, y que no siendo por ésta, tenía que haberse efectuado por la vacunación; que fué uno de los motivos que le habían inducido á pedir la palabra el oir afirmar al Dr. Espina que nunca se había observado la transmisión de la fiebre aftosa de hombre á hombre, cuando hoy día se daba como hecho ciertísimo esta transmisión, y hasta recordaba el caso de Haarstik, en que se transmitió la enfermedad por un beso. ¿Se quiere, añadió el Dr. Codina, mayor dulzura para transmitir un proceso patológico? El hecho de haber otros animales que pueden padecer la enfermedad, hacía posible suponer que el niño hubiera podido ser contagiado por algún animal doméstico. Es decir, que la deficiencia en la anamnesis para llegar á precisar el punto de origen del contagio, inclinaba á pensar que la fiebre aftosa del niño objeto de la comunicación del Dr. González Alvarez pudo tener otro origen que el señalado por este señor, dada la falta de manifestaciones locales en la región vacunada.

Por lo que se refiere á los peligros que entraña la vacunación, el doctor Codina manifiesta que, sin entrar en detalles de lo que tan repetidamente se había dicho en el curso de este debate, en su concepto, la vacunación no era tan peligrosa como se decía haciéndola como se debe hacer, y refirió que estuvo encargado durante una serie de años de la sala de fiebres eruptivas del Hospital provincial, allí tuvo la desgracia de ver año tras año la promiscuidad en que vivían confundidos, á pesar de las protestas que él había elevado á la superioridad, escarlatinosos, sarampionosos y variolosos, y allí tuvo también ocasión de ver los perniciosos efectos de esta promiscuidad, habiéndosele quedado grabado, para no borrarse jamás de su imaginación, el caso de una pobre muchacha que ingresó en aquella sala con un sarampión grave hemorrágico, estando la enferma embarazada de cinco á seis meses, y que curada de su enfermedad y dada de alta, á los cuatro días reingresó en el establecimiento con viruela, muriendo después de abortar. ¿Dónde contrajo la viruela aquella pobre muchacha?

Para evitar análogas desgracias, se le ocurrió un medio que, una vez autorizado para ello y puesto en práctica, no había vuelto á tener que lamentar ningún otro caso desgraciado, medio que consistió en vacunar á todos los enfermos que ingresaban en la sala de enfermedades eruptivas, fuera cual fuera su enfermedad, con lo cual, como queda dicho, no volvió á ocurrir ningún caso de contagio. Con este motivo tuvo que practicar muchas vacunaciones, y habiendo cuidado escrupulosamente de la asepsia de la piel y de los instrumentos y empleando un vaccinostilo para cada enfermo, no tenía que recordar ningún accidente desgraciado, habiéndole ocurrido lo mismo en su práctica particular.

Manifiesta después el Dr. Codina que iba á entrar con temor en el último punto, porque en esto iba contra la corriente general, y comienza preguntando: ¿qué hace la glicerina en la vacuna?

Sostiene que son dos actos distintos la vacunación y la *conservación* de la vacuna. ¿Qué es la glicerina? Es un alcohol triatómico; la glicerina propílica ú ordinaria tiene la propiedad de ser ávida por el agua y conservarla y retenerla, y por esa propiedad de absorber agua y retenerla se usa para conservar piezas patológicas, y por esta razón se emplea para conservar la vacuna. La glicerina no tiene ninguna acción antiséptica, y por eso se emplea únicamente para conservar la asepticidad de la vacuna, y si Kempler sumergía en la glicerina hirviendo los instrumentos, lo hacía seguramente por la acción antiséptica de la temperatura de 128° á que hierve. ¿Pues qué hace la glicerina mezclada con la vacuna si ésta no se recoge asépticamente? Los gérmenes patógenos la glicerina los conserva del mismo modo que el germen de la vacuna y que todos los gérmenes, con la particularidad de que no los mata, y en cuanto estos gérmenes, que habían permanecido como aletargados, encuentran terreno apropiado, se desarrollan, no sólo el de la vacuna, sin todos los demás microorganismos. La misma glicerina, si no se la obtiene con todas las precauciones necesarias, puede producir manifestaciones patológicas, como lo probaban los casos, referidos por Eichsted, de impétigo contagioso debidos á ella.

La virtud de la glicerina pone de relieve que son cosas distintas la conservación aséptica y la asepsia espontánea de la vacuna, y que si ésta se recogía de un modo aséptico, con todas las condiciones debidas, y si el animal de que se tomaba encontrábase en perfecto estado, no había ningún peligro en la vacunación directa de la ternera al brazo, y que por el hecho de añadir á la vacuna una nueva substancia, que podía no ser aséptica, no habrían de evitarse los peligros á que pudiera dar lugar tan valioso medio profiláctico si no se recogía asépticamente. El añadir glicerina á la vacuna resulta una excelente mezcla para conservarla y facilitar la vacunación en todo tiempo y lugar, pero también conviene hacer constar que la vacunación directa de la ternera no es peligrosa si la linfa se recoge con todas las garantías apetecibles.

PERIÓDICOS

Infección sobreagada de un quiste multilocular bilobulado del ovario derecho á consecuencia de una punción. Laparotomía. Curación. — En la *Gaceta Médica de Granada*, publica el Dr. Martín Aguilar, el caso siguiente:

Se refiere á una joven de veinte años de edad, que no tiene antecedentes morbosos hereditarios ni individuales dignos de mención.

Instaló su regla á los catorce años de un modo normal; hasta el momento de ser reconocida seguía menstruando fisiológicamente.

Hace varios meses que la familia notó en la joven aumento de volumen del vientre.

Colocada en la camilla en posición horizontal se ve su vientre globuloso como de siete meses de embarazo. Irregular y asimétrico, el desarrollo es mayor á la derecha que á la izquierda de la línea alba; más ancho por arriba que por abajo.

La superficie de aquella tumoración lateralizada se dividía por una cintura casi transversal, en un lóbulo inferior é izquierdo más pequeño y como hundido en la pelvis, y en otro superior y derecho más grande y como difuminado bajo el hipocondrio derecho.

Nada de pigmentación anormal ni rasgadura dérmica. Ombligo á superficie. La palpación denuncia un tumor resistente y elástico de lisa superficie dividida en dos zonas por una depresión ó surco casi transversal. Es indolente y algo movible en totalidad. Fluctuación en el lóbulo superior, no transmitida al inferior.

Todo el flanco izquierdo y la porción más posterior del derecho, hipocondrios y epigastrio, claros á la percusión en decúbito horizontal. En cambio, y en este mismo decúbito macicez absoluta en la cumbre y en el resto de la pared anterior del abdomen.

Integridad himeneal; útero en lateroversión izquierda, de tamaño normal; ocupación alta del fondo de saco vaginal derecho y anterior.

Por lo demás, integridad del aparato digestivo, circulatorio, respiratorio y urinario.

Se diagnostica de quiste bilobulado del ovario derecho, y en consecuencia propuso la ovariotomía, que fué rechazada.

Tres días después fué llamado á consultar este caso con varios compañeros. Propusiéronle la punción del quiste con un fin diagnóstico y no admitió la proposición, y señaló su ineficacia y sus peligros.

La joven, después de aquella *insignificante* operación, comenzó á estar enferma de gravedad.

Agudos dolores de vientre, vómitos incesantes al principio, diarreas fétidas y colicuativas después, fiebres de 41°, precedidas de vivísimos escalofríos, rápido y enorme aumento de volumen del vientre, cara abdominal y demacración increible, he aquí un cuadro fatídico digno de una punción quística ovárica.

Convencida de su gravedad y después de viaticada, pide la enferma ser

operada por el Dr. Martín Aguilar con tal fervor y encarecimiento, que la familia no supo resistir á la petición. Aprovechan la ocasión más favorable y la presentan en su consulta, transfigurada, cadavérica. La pobre enferma le implora la operación que antes rechazara.

La ingresó en la sala de San Juan del Hospital Clínico de Cádiz, y al día siguiente los Dres. Rubio Argüelles, Dacarrete y Rocafull, sus sabios y queridos maestros, le alientan á intentar la ovariotomía, toda vez que la enferma parecía estar irremisiblemente perdida.

El 16 de julio de 1894 practicó la operación, abriendo el vientre desde el apéndice xifoides á la sínfisis pubiana, después de haber pretendido inútilmente reducir el enorme tumor por punción y aun con bisturí antes de decidirse á agrandar la primitiva incisión abdominal.

La liberación del quiste fué laboriosa por la extensión y resistencia de las adherencias parietales y epiplóicas. Se excindió un buen trozo de epiplón y quedó la superficie peritoneal sangrante y erizada de copos membraniformes retenidos y desgarrados que infundían gran temor para el porvenir de la enferma. La ligadura del pedículo no ofreció nada de particular: se hizo á la seda y en cadena por ser ancho y sangrante.

Hora y media duró el acto operatorio que terminó con lavado al suero fisiológico, dejando de él 500 gramos en la cavidad y cerrando la pared abdominal, sin desagüe alguno ni taponamiento, con una sutura usada en aquella época: en masa, con crines, desde la piel al peritoneo inclusive. Después sutura con seda del peritoneo y al fin sutura entrecortada de cordoncillo ó bordón de seda y oro, que usó bastante y con gran resultado en sus primeras laparotomías para la piel.

La enferma durmió, tres horas después de operada, un sueño de dos horas plácido y tranquilo.

Orinó á las seis horas espontáneamente y la temperatura fué 37° como máximo. Ni un sólo vómito.

A los nueve días la cicatriz estaba hecha y sacados los puntos de sutura. Colocada la enferma en su cama le dió un accidente epiléptico tan inesperado y tan brutal, que á poco se asfixia.

Investigando después supo que alguna vez había tenido aura epiléptica.

A los treinta días salió del hospital curada. Al año se casó y hoy es madre de cinco chiquillos.

Un caso de retención aguda y completa de orina producida por una inyección de sublimado seguida de prostatitis y cistitis. — En la *Gaceta Médica del Norte*, publica el Dr. D. Luis de Arrese, la siguiente historia clínica:

«S. G., de treinta seis años de edad, casado, obrero mecánico. La primera blenorragia á los trece años, curada por las inyecciones uretrales de permanganato y cápsulas de sándalo; posteriormente dos blenorragias más, las dos bien curadas. No hay otros antecedentes urinarios. Hace cuatro meses adquirió una nueva infección uretral. Cansado de inyecciones y medicamentos, consultóse con un amigo, quien aconsejó se hiciera las inyecciones de sublimado que á su juicio parecían ser un preparado heróico para esta clase de afecciones. Preparó el líquido *curador* en la proporción 1. X (no sabe precisarla), y dióse la primera y única inyección con una

jeringa uretral de unos 10 cent. cúb. de capacidad. A los pocos momentos los dolores fueron terribles é iban en aumento gradual, apareciendo al mismo tiempo un derrame uretral de líquido serosanguíneo.

Falto de fuerzas, le hicieron acostarse sus allegados, quienes, además, aplicaron algunos remedios caseros (cataplasmas de harina de linaza en el vientre é inyecciones uretrales de aceite).

La situación se agravaba por momentos y se hacía por demás difícil ante la necesidad imperiosa de orinar. El enfermo se agita, se retuerce en su lecho, loco de dolor se levanta, coge el orinal, esfuérzase por orinar y en medio de una crisis de esfuerzos brutales, vuelve á acostarse sin conseguir el resultado apetecido «ni tan siquiera una gota aparecía en su canal»; estas maniobras se repitieron durante dieciocho horas mortales.

Por fin la familia se decidió llamar al médico, quien con una sonda cateterizó y vació la vejiga, recomendándole al enfermo comprara una sonda núm. 17, por si se repitiera el caso. Se provee el paciente de la indicada sonda, que le saca de apuros dos veces más; estas dos retenciones fueron muy cortas; aleccionado el enfermo, se sondaba apenas transcurrían cinco ó seis horas; pronto comenzó á orinar en *exceso;* la micción, tanto diurna como nocturna, se hizo frecuente, 20 ó 30 veces durante el día, otras tantas de noche. Micciones cortas, dolorosas, acompañadas de tenesmo rectal, orinas sucias con coágulos blancos rojizos.

Recogidas las orinas en dos copas, comprobó que era la segunda la que contenía gran cantidad de filamentos cortos pesados, rojizos y desechos epiteliales.

El análisis microscópico de los filamentos y del poso de las orinas centrifugadas, acusó gran cantidad de leucocitos, células epiteliales, hematíes abundantes y microbios banales.

Previos lavados del meato y uretra anterior, explora la uretra: los exploradores 20 y 19 no pasan del meato; el 18 pasa perfectamente; se sienten ligeros resaltos en la región vulvar; al llegar á la región membranosa acusa el enfermo fuertes dolores; en vista de esto y del espasmo membranoso invencible, se suspende la exploración. El tacto rectal es también doloroso, lóbulo derecho de la próstata aumentando de volumen con una dureza uniforme, lóbulo izquierdo de volumen normal duro. Este día se ordenó al enfermo los baños generales á 36° y veinte minutos de duración; los lavados rectales intermitentes con agua caliente repetidos cuatro veces al día y los supositorios belladonados al acostarse, y se prescribió la uretropina al interior; 1 gramo, dosis de 0'50.

A los dos días se continuó la exploración, se hizo una inyección uretral de 10 cent. cúb. de una solución de cocaína al medio por 100 á la que se añadieron quince gotas de adrenalina al 1.000. El explorador 18 pasó perfectamente, franqueó el esfinter membranoso, despertando dolores, tanto en esta región como en la prostática y vejiga. Inmediatamente se introdujo una Nélaton 18; se tomó la capacidad de la vejiga, que era de 40 gramos; acto continuo, con el instilador de Guyon, se depositaron diez gotas en la vejiga y cinco en la región prostática de una solución de nitrato de plata al 1 por 100.

Diez días más estuvo tratándosele al paciente con las instilaciones; me-

joró notablementente y había visto cesar los fuertes dolores, las micciones perdieron su frecuencia extremada, se levantaba tres veces á la noche y su vejiga adquirió una capacidad de 150 gramos. Desde esa fecha, y sin su consentimiento, el enfermo dejó de asistir á las curas.

En resumen: una retención producida por la inflamación, á la que se asocia el espasmo membranoso; varios cateterismos contraindicados, causa de la prostatis y cistitis ulteriores. ¿Cómo se debió proceder? Encontrar la causa de la retención, el interrogatorio acusaba la existencia de cuatro blenorragias anteriores y la primera databa de hacía trece años, la idea de la estrechez viene á preocupar el ánimo, pero no existiendo síntomas objetivos, era preciso dejar al explorador uretral que la confirmase; por otra parte, la inyección de sublimado á proporciones elevadas basta por sí sola para producir la retención; los signos físicos también son de importancia; el tacto rectal combinado con la palpación hipogástrica hubiese informado de la existencia de la retención de la cantidad de líquido contenido en la vejiga y del estado de la próstata. Este modo de obrar nos conduce á formular tratamientos sencillos, evitando maniobras perjudiciales é inútiles, fuente inagotable de infecciones». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 10 de Abril de 1906.

Tuberculosis inflamatoria de forma neoplásica. — Los Dres. PONCET y LERICHE: Hemos estudiado de nuevo todas las observaciones de adenomas de la mama que hemos visto en la clínica durante catorce años y cuyo diagnóstico fué corroborado por la operación y, con frecuencia, por el examen histológico. En un tercio de los casos los ganglios axilares, dolorosos y unilaterales, indicaban un proceso inflamatorio; en la misma proporción se encontraba la influencia de un traumatismo inicial, agente causal ó más bien revelador de la lesión latente. En un quinto de los casos hemos encontrado una infección mamaria anterior y en la *misma proporción una tuberculosis visceral en evolución, con frecuencia discreta y de tipo fibroso.* Es tal la cifra que hemos obtenido con las observaciones en que sólo se anotaron las grandes lesiones bacilares, que hay motivo para preguntarse si en ciertas condiciones la tuberculosis no intervendría en la producción de los adenomas. Poderosas razones permiten pensar así.

Es desde luego un hecho capital en apoyo de esta noción el que se encuentren comunmente alrededor de los focos tuberculosos glandulares proliferaciones acinosas del tipo de los adenomas; para la tuberculosis mama-

ria el hecho es particularmente claro; todos los histólogos han insistido sobre esta hiperplasia de las cavidades glandulares vecinas. Por esto nos parece fácil concebir un proceso de este género asociado á lesiones cada vez menos virulentas; de este modo se puede suponer como consecuencia de un foco tuberculoso distante y bajo la sola influencia irritativa de toxinas virulentas. La coexistencia relativamente común de los tumores benignos y la tuberculosis es lo bastante frecuente para que haya llamado ya la atención de ciertos autores que han supuesto un parentesco entre lesiones tan diversas. Esta coexistencia es más sugestiva cuando se recorren en serie las estadísticas de neoplasias benignas, puesto que á cada instante se encuentran estigmas de tuberculosis en dichas observaciones. Para la misma mama se ha observado la frecuencia de la herencia tuberculosa en las jóvenes que padecen adenoma. Antes hemos señalado la cifra de un quinto, la cual debe estar por debajo de la realidad, puesto que en casos de este género se trata habitualmente de tuberculosis atenuadas, poco virulentas, que requieren ser buscadas y que escapan á menudo á un examen practicado sin idea directriz. Desde el punto de vista del bocio, del adenoma del tiroides, son aplicables las mismas consideraciones.

En suma, la frecuencia de la tuberculosis en los enfermos que padecen adenoma es tal, que es difícil no hacer intervenir aquélla en la etiología de estos tumores. Claro es que no se trata aquí de tuberculosis verdadera de las glándulas en el sentido clásico de la palabra, sino que la tuberculosis obra como agente irritante, excitando los tejidos á una anormal proliferación, procediendo por accesos fluxionarios, sin determinar en las glándulas ninguna lesión específica, ninguna edificación anatómica característica de su acción. En una palabra, se trata de *tuberculosis inflamatoria.*

Algunos datos clínicos desprendidos de la patología de la mama parece que caracterizan perfectamente este proceso y permiten comprenderlo. En efecto, al lado de la tuberculosis mamaria se describe habitualmente la hipertrofia difusa ó localizada de la mama en los tuberculosos. En 1885 Leudet había llamado la atención acerca de esta «mastitis común, simple, puramente inflamatoria» que él había visto en bacilares avanzados; se sabe imperfectamente lo que pueden dar ulteriormente estas «mastitis inflamatorias». En una de las observaciones de Leudet, al cabo de un mes y medio no había desaparecido del todo, y lo que queda en casos semejantes son núcleos de mastitis nudosa que pueden tener ulteriormente la evolución ordinaria de esta afección. Por nuestra parte, nosotros hemos observado tres veces esas mamitis fluxionarias de tuberculosos. En uno de estos enfermos, cuya fluxión había sido más bien subaguda y relativamente poco dolorosa, persistía al cabo de algunos meses una mamitis nudosa bilateral de las más típicas. Tales observaciones indican bien la marcha del proceso que señalamos; de ordinario es, desde luego, poco tumultuoso é insidiosamente se desarrolla el adenoma. «La marcha oscilante» de la afección nos parece que corresponde bastante bien á lo que se ha imaginado de las lesiones á distancia de los tuberculosos.

Análoga reflexión es aplicable á la enfermedad de Reclus y cuando se ven ciertas mamas poliquísticas estacionarias durante quince ó veinte años, y cuando se oye decir á Reclus que después de haber observado cerca de

160 casos todavía no ha encontrado la indicación operatoria precisa, es cuando se piensa que sólo una infección crónica, siempre en actividad, puede determinar análogas lesiones, cuya marcha no parece corresponder á una localización estreptocócica ó estafilocócica. Esta causa en continua actividad creemos que en un cierto número de casos es la tuberculosis. De todo ello podría concluirse que existe una categoría de tumores benignos adenomatosos, de origen inflamatorio, que dependen de la tuberculosis. Esta infección engendra en las glándulas no sólo la hipertrofia y la esclerosis, sino el adenoma típico con todas sus formas evolutivas; unas y otras son muchas veces productos reaccionales de la infección tuberculosa, localizaciones de la tuberculosis inflamatoria. Lo que es verdad para la mama, cuerpo tiroides, etc., lo es, en nombre de la patología general, para todos los aparatos glandulares. La hipótesis debe ser generalizada, y dirigidas en esta nueva dirección numerosas observaciones clínicas, confirmarán diariamente estas ideas.

El Dr. Labbé: Considera el Dr. Poncet como tuberculosas lesiones donde no se encuentra nada de lo que caracteriza histológicamente la tuberculosis. En esta nueva concepción me parece que el lado imaginativo desempeña el papel principal.

El Dr. Poncet: Hay lesiones paratuberculosas, como las hay parasifilíticas. En la tuberculosis hay formas de virulencia decreciente, y el doctor Labbé habla de la forma cuya virulencia se halla en el máximum, y yo hablo de la forma cuya virulencia hállase en el mínimum.

El Dr. Fournier: Existen indudablemente formas atenuadas de tuberculosis que nada tienen casi de ella, como las pleuresías serosas. Los dermatólogos han tenido que admitir tuberculides que nada tienen de la tuberculosis, ni son inoculables. En el lupus llamado tuberculoso es necesario hacer 40 ó 50 preparaciones para encontrar un bacilo, pero nunca se encuentran en el lupus eritematoso, que es una afección paratuberculosa. Esto tiene, en suma, una representación análoga á las afecciones parasifilíticas que no son inoculables y resisten al tratamiento específico; me refiero á la tabes y á la parálisis general.

(*Bull. Méd.*, núm. 28, 1906).—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE TERAPÉUTICA DE PARÍS

Sesión de Abril de 1906.

Tratamiento del mareo.—El Dr. G. Bardet: Muchas personas se marean en el mar y otras son incapaces de hacer un viaje en ferrocarril de alguna duración sin sentir los mismos fenómenos, contra los cuales la terapéutica casi siempre ha sido impotente. Habiéndome llamado la atención la semejanza que existe entre aquellos fenómenos y la crisis paroxística de los hiperclorhídricos, he observado, en efecto, recientemente que los líquidos vomitados por los individuos mareados y con el estómago vacío, tenían una reacción muy fuertemente ácida. Este dato representa una fuente de indi-

[illegible] para el tratamiento, puesto que si el mareo es un síntoma de hiperexcitabilidad, se deberá obtener buenos resultados empleando los medios sugestivos que armonicen de la gastronomía. Para dirigir mis sugestiones en este sentido, me guío en el efecto favorable de un medicamento muy en voga en las embarcaciones de sus líneas regulares y automóviles: me refiero al validol. Este medicamento, en mezcla, es una sustancia calmante de [illegible] a [illegible] cual de ellos me he podido convencer, administrándolo desde mi infancia a un gran número de individuos manifiestamente hiperexcitables. Tomaré, pues, el validol contra el mareo del ferrocarril, y observé que si el viaje duraba prolongadamente, es decir, desde que entraba en el vagón, unas diez gotas de dicho medicamento en un terrón de azúcar, en poca cantidad se conservaba para diferencia durante bastante tiempo; pero si el viaje era largo, el efecto resultaba insuficiente.

Ahora bien: para obtener hasta en estas condiciones el efecto deseado, es necesario, como me lo ha demostrado la experiencia, aparte una saturación completa del área circulatoria en el estomago, y administrar un calmante enérgico que de ejercer una acción compleja sobre los distintos órganos que entran en acción. Bóix ha dado la formula de una mixtura calmante que ya es clásica, la cual he modificado ligeramente, tomando como validol, en lugar que contenga validol.

He aquí la fórmula que empleo:

Picrotoxina	0'05	gramos.
Clorhidrato de morfina	0'05	—
Sulfato de atropina	0'01	—
Validol	10'00	—
Cerazo blanco	24'00	—

Mézclese.

Una cucharada de café de este licor contiene un miligramo de picrotoxina y de morfina, dos décimas de milígramo de atropina y 20 centígramos de validol. Se hace tomar á cucharadas de las de café, repitiendo las tomas, si es necesario, cada hora. La dosis máxima es de cinco cucharaditas al día.

He aquí, ahora, el tratamiento tal como debe practicarse. Desde que el individuo entre en la embarcación, tomará un papel compuesto de

Carbonato de cal	3	gramos.
Magnesia hidratada	2	—
Subnitrato de bismuto	0'50	—

en 50 gramos de agua, á la cual se añade una cucharadita de aquella mixtura. Al primer indicio de mareo, se repite la toma en la misma forma. El régimen alimenticio será de los más severos; no se tomará más que un poco de leche y sólo cuando se sentirá la necesidad real de alimentarse; después podrá tomar leche, café con leche, chocolate muy diluído, pasteles, pan con manteca, huevos pasados por agua, puré de legumbres ó legumbres verdes, frutas cocidas y todo en cantidad muy moderada. Hará comidas muy pequeñas cinco veces al día y bajo ningún pretexto se sente

rá en la mesa común, á menos que su crisis haya sido pasajera y se haya acostumbrado al equilibrio de la embarcación.

El Dr. Desesquelle: En uno de mis clientes que sufría esas crisis de mareo, obtuve un verdadero éxito con el agua bromada administrada á cucharadas grandes. Mi cliente, sin ser incomodado por el mareo, pudo hacer la travesía de Dieppe á Newhaven, cuya duración es de cinco horas, y tomó en total diez cucharadas del agua bromada.

(*Bull. Med.*, núm. 36, 1906).—Codina Castellví.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 8 de Mayo de 1906.

Acondroplasia. — El Dr. *G. Rankin* leyó, en su nombre y en el del doctor E. C. Mackay, un trabajo referente á este asunto. El enfermo era un niño de nueve años, tipo perfecto de acondroplásico. Los rasgos característicos diferenciales de la acondroplasia y del raquitismo son los siguientes: Origen congénito, dimensiones anormales de la bóveda del cráneo, hundimiento del vértice de la nariz, prognatismo, suspensión de desarrollo de los huesos largos de los miembros con exageración de su curva normal, desarrollo normal del tronco, costillas nudosas y abultamiento de las extremidades de los huesos largos, con modificaciones en la diáfisis y en las epífisis; cambio de posición del punto medio del cuerpo que se halla por encima y no por debajo del ombligo; aspecto característico de las manos descrito por Marie con el nombre de *mano en forma de tridente;* exceso de tejido adiposo, protuberancia del abdomen, lordosis; piel lisa y susceptible de plegarse con abundancia de pelo lustroso en todos los puntos normales; estado intelectual normal y tendencia á otros vicios congénitos de conformación, en particular el abarquillamiento de la bóveda palatina y á la formación de hernia inguinal.—(*Britisch Méd. Journal*).— F. Toledo.

SOCIEDAD DE OBSTETRICIA DE LONDRES

Sesión del día 2 de Mayo de 1906.

Epitelioma de la vulva. — El Dr. *Lewers* refirió los tres casos siguientes: Una multípara de cuarenta y siete años tuvo en el lado derecho de la vulva una neoplasia maligna—carcinoma escamoso—que en diciembre de 1896 se extirpó á la vez que los ganglios de la región inguinal derecha. Dos años después apareció en el lado izquierdo de la vulva una pequeña neoplasia que fué extirpada en diciembre de 1898. En enero del año siguiente se extirparon los ganglios de la región inguinal izquierda. Volvió á aparecer en el lado izquierdo de la vulva otra pequeña neoplasia que fué extirpada en marzo de 1901. Desde entonces esta mujer ha continuado

bien. El 8 de marzo del año actual ha vuelto á verla, encontrándola libre de toda recidiva nueve años después de la primera operación y cinco después de la cuarta y última.

Una multípara de cincuenta y dos años tuvo una neoplasia maligna —carcinoma escamoso del clítoris—extirpada en septiembre de 1899. Se extirparon á la vez los ganglios de las dos regiones inguinales. Hasta el 11 de marzo de este año dicha mujer no ha vuelto á tener recidiva.

Una multípara de treinta y cuatro años fué operada en marzo de 1905 de carcinoma escamoso de la vulva. Se hallaba entonces en el octavo mes de su embarazo. El parto se presentó cuatro días después y terminó feliz y espontáneamente. El 4 de mayo fueron extirpados los ganglios de las dos regiones inguinales. La enfermedad recidivó con rapidez en el mismo sitio y fué extirpada de nuevo en el mes de junio. Volvió á reproducirse poco después y la enferma fué sometida sin éxito á la radioterapia desde el 11 de agosto al 9 de septiembre. Murió á los tres meses.

El caso primero prueba que la recidiva local del epitelioma de la vulva no es siempre de significación desfavorable. El tercero es notable por ser un ejemplo de epitelioma vulvar en una mujer de treinta y cuatro años y embarazada. Su marcha, de rapidez excepcional, fué debida en parte quizá al embarazo y en parte á la juventud de la enferma. El termocauterio de Paquelin es preferible para la extirpación al bisturí.

El Dr. *Stanley* cree preferible la extirpación de la neoplasia con el bisturí y la sutura al cauterio de Paquelin. No extirpa los ganglios inguinales, excepto cuando están muy infartados.

El Dr. *H. Spencer* aconsejó extirpar toda la vulva para que no quede región alguna afectada de leucoplasia. Cree conveniente extirpar los ganglios inguinales, aunque no es posible siempre extirparlos por completo.

El Dr. *Inglis Parsons* cree preferible la extirpación con el cauterio, puesto que el cáncer es inoculable; ha obtenido así mejores resultades que con la dilatación por el bisturí.

Tallos de laminaria. — El Dr. *W. Sinclair* presentó varios tallos de laminaria procedentes de la costa occidental de Escocia. Es la mejor de la empleada hasta ahora. La moda ha influído bastante en el empleo de los tallos de laminaria para dilatar el cuello del útero. Es de lamentar que se hayan abandonado, porque se obtienen con ellos mejores resultados que con los dilatadores de acción rápida.

El Dr. *Heywood Smith* dijo que cuando se emplean tallos de laminaria gruesos compuestos de varias piezas, puede producirse la dilatación irregular y hasta la ruptura del tallo. Los ejemplares presentados por el doctor Sinclair prueban que pueden obtenerse tallos del grosor que se desee.

El Dr. *Boxall* indicó que la objeción principal que se hace al empleo de la laminaria es la posibilidad de la infección, pero la laminaria seca y sometida al calor puede esterilizarse, mejorando además así su cualidad.

El Dr. *Herman* no cree que la laminaria haya caído tan en desuso como supone el Dr. Sinclair. Se ha usado durante treinta años ó más en los Hospitales de Londres. No aconseja emplear tallos de laminaria compuestos de varios trozos pegados con cola, porque ésta puede ser séptica. La fuerza dilatadora de la laminaria no es pequeña, sino todo lo contrario. Mat-

thews Duncan demostró que es capaz de ejercer una fuerza de más de 230 kilogramos por 25 miligramos en cuadro.

El Dr. *Inglis Parsons* considera la dilatación total con los aparatos metálicos preferible á la que se obtiene con la laminaria.

El Dr. *Herbert Spencer* manifestó que le había sorprendido oir al doctor Sinclair, que el empleo de la laminaria se ha abandonado. Se usa sin interrupción desde hace veinticinco años en el University College Hospital. No comprende que ningún ginecólogo, para explorar un cuello cervical rígido senil, lo dilate rápidamente con el dedo.

El Dr. *Lewers* dijo que es importante tener en cuenta el grado necesario de dilatación del cuello cuando hay que elegir entre el método rápido y los tallos de laminaria. En muchos casos es completamente imposible dilatar por el método rápido el cuello lo suficiente para permitir la introducción del dedo, sin producir algún desgarro. Conviene tener presente que cuando se produce un desgarro no puede limitarse á voluntad del operador. Puede ser ligero y sin importancia ó extenderse á través del útero hasta el ligamento ancho ó la cavidad peritoneal. Por regla general emplea los tallos de laminaria el día antes de practicar la exploración, y entonces, si es necesario, se anestesia á la enferma y se introducen algunas candelillas de Hegar. — (*British Med. Journal*). — F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 30 de Marzo de 1906.

Pitiriasis liquenoide crónica.—El Dr. *Isidoro de Neumann* presenta un caso de dicha enfermedad en el que aparecen en el tronco y en las extremidades eflorescencias, parte del tamaño de un grano de mijo, ligeramente elevadas y cubiertas de costras delgadas, alternando con manchas del tamaño de una pieza de á céntimo, circunscritas y cubiertas de escamas blancas. Esta rara afección se parece mucho á la sifílide papulosa y á la psoriasis; esto último es lo que sucede en el caso actual, por lo que Brocq denomina á estos casos parapsoriasis.

Gigantismo infantil.—El Dr. *Emilio Redlich* presenta un hombre de treinta y un años, cuyos padre y un hermano también son de gran talla. A los veintiún años tuvo una afección pulmonar y entonces creció mucho; inteligencia escasa, instinto sexual nulo. Talla 182'5 centímetros: brazos largos, piernas muy largas; escoliosis, nada de acromegalia. La mayor parte de las uniones epifisarias sin soldar todavía. Nada de barba; la piel de la cara muy arrugada. El tronco no es de grandes dimensiones; su piel carece de vello; dermografismo muy marcado. Los órganos genitales de tipo infantil; hernia inguinal derecha, muy voluminosa. Voz de niño; imbecilidad manifiesta.

Entre los gigantes se distinguen dos grupos: normales y anormales, y estos últimos á su vez se dividen en acromegálicos é infantiles. Caracterizan á este último grupo: el estado infantil de los órganos genitales, la

falta de los caracteres sexuales secundarios y el gran crecimiento á expensas principalmente de las extremidades inferiores. También tienen importancia la persistencia de los cartílagos epifisarios de conjunción, y los defectos psiquícos que son muy frecuentes.

Que existe relación directa entre la hipoplasia genital y el gigantismo, lo demuestra el hecho de que la castración precoz (eunucos), es causa de gigantismo más marcado también en las extremidades inferiores. En cambio se han descrito casos de osificación acelerada con desarrollo genital precoz; mas por otra parte, se observa enanismo infantil con persistencia de los cartílagos epifisarios y estado rudimentario de los genitales.

En algunos casos de gigantismo infantil sobrevino más tarde acromegalia con hipertrofia de la hipófisis, la cual sin duda existía anteriormente y es, en estos casos, la causa del crecimiento excesivo.

El Dr. *Isak Robinson* expone radiografías del caso presentado por el doctor Redlich. En ellas se ve un esqueleto gigante pero débil, y con los caracteres propios de un joven de quince á dieciséis años.

Hemangioma de la región temporal.—El Dr. *Gustavo Riehl* presenta el mismo caso de esta enfermedad que ya hizo comparecer Tauber el año pasado.

El enfermo presentaba entonces, además del tumor de la región submaxilar que hoy se ve, otro en la región temporal que variaba de volumen al volver la cabeza. Cuando ingresó ahora en la clínica del autor, se descubrieron en las extremidades superiores y en el tronco numerosas manchitas amarillas, placas mayores con pelo y con tipo de nævus, y algunas pápulas azuladas y un poco salientes. Se pensó entonces en la fibromatosis de Recklinghausen, y en efecto, el examen histológico confirmó este diagnóstico. En la afección de Recklinghausen sucede á veces, como en el caso actual, que la fibromatosis va acompañada de otras anomalías, tales como fisuras, defectos y alteraciones de crecimiento en huesos y en cartílagos, angiomas, neuromas, etc.

Carcinoma rectal.— El Dr. *Julio Hochenegg* presenta varias preparaciones de cáncer rectal que extirpó por la vía sacrococcígea, ó sea extirpando previamente el coccix y parte del sacro. De 220 casos sólo cuenta 186, ó sea los extirpados hace más de tres años; de estos últimos no se ha presentado recidiva en 38 y por lo tanto pueden considerarse como curados. Los resultados variaron mucho en los distintos años, hecho que también se ha observado en carcinomas de otros órganos. Hace notar además el autor, que ha logrado la curación definitiva en varios casos con la simple resección del carcinoma, conservando la porción esfinteriana del recto.

Entre los casos operados hace mérito de los siguientes: 1.° Una mujer de treinta y dos años fué operada el 1887. Nada de recidiva, continencia rectal completa; dos partos sin ningún contratiempo. 2.° Un hombre fué operado el 1898; continencia rectal completa; ganó 22 kilogramos de peso después de la operación. 3.° Extirpación total del recto el 1899; ano sacro que se cierra suficientemente con una pelota. 4.° Una mujer de treinta y un años sintió las primeras molestias el 1896, al final de un embarazo y durante el puerperio respectivo; se trataba de un cáncer circular de la porción superior del recto, que fué extirpado el mismo año. Salud comple-

ta hasta 1902 en que con ocasión de un nuevo embarazo, seguido esta vez de aborto, se desarrolló en el colon ascendente un cáncer del tamaño de un puño, que el autor extirpó al poco tiempo con éxito. Es notable en este caso el hecho de haberse desarrollado el cáncer las dos veces con ocasión de un embarazo.

Mecanismo de la inflación del ciego en los casos de estrechez intestinal alta. —El Dr. *Moriz Silbermark* refiere haber practicado con el Dr. A. Ghon, experimentos en el cadáver, con el objeto de dilucidar la causa de la distensión del ciego en los casos de estrechez del colon, y como resultado de dichos experimentos, cree poder afirmar que en la forma llamada fija del ciego, le permite mucha movilidad su cubierta peritoneal. Permaneciendo igual la presión en el colon desde la estrechez hasta la válvula íleocecal, resulta que la cubierta peritoneal libre del ciego permite á éste ceder á la presión interior, hacia adelante y hacia los lados, separando la hoja peritoneal de los tejidos subyacentes y penetrando entre ella y la pared abdominal posterior. El colon transverso y el ascendente resisten mejor á la misma presión, gracias á su cubierta peritoneal libre. Ha visto además el autor que las franjas anterior y posterior son los sitios de predilección de la diástasis de la serosa del ciego, sin duda por la menor elasticidad de las porciones de éste que corresponden á dichas franjas.

El Dr. *Pablo Clairmont* defiende la hipótesis de Anschütz, impugnada por el preopinante. Anschütz atribuye la distensión del ciego á la circunstancia de que un globo grande se distiende más que uno pequeño, cuando ambos se inflan con la misma corriente de aire. Y no se trata de ninguna ilusión óptica, porque en realidad se ha comprobado que el ciego es la porción más ancha del intestino grueso. Por otra parte, la inflación del ciego es más frecuente en los casos de estrecheces bajas que en los de las altas, como dice Silbermark. Experimentos análogos á los de éste ya los había hecho Kraus, pero este último autor había deducido de ellos, muy acertadamente, que el hecho de desgarrarse el ciego por la región de las franjas es debido á la forma curva de esta porción del intestino. Con la insuflación se endereza y al acompañarle las franjas en este movimiento se rasgan á causa de su menor elasticidad.

El Dr. *Arturo Weiss* dice que la causa de que casi todos los casos de lesión grave del ciego sean de estrechez crónica con oclusión aguda, consiste en que en la oclusión aguda del colon siempre domina el cuadro el meteorismo local producido por estrangulación mesentérica. Dicho meteorismo daña gravemente y tan pronto á la flexura, que no da tiempo á que se desarrolle un meteorismo muy graduado por estancación. Los resultados obtenidos por Silbermark, concuerdan con los que ya se habían observado en trozos extraídos del intestino. La explicación de Silbermark, fundada en la disposición del peritoneo que cubre al ciego, no es exacta, pues según las investigaciones de Jounes, no está rodeada por la serosa en el 94 por 100 de los casos.

El Dr. *Enrique Weiss* hace observar que en el año 1902, ya había llamado la atención sobre los puntos de predilección de desgarro del ciego, cuando éste se distiende mucho. Si el hecho no se observa muy á menudo, es debido á que son muy frecuentes los casos en que cede la válvula íleocecal.

El Dr. *Julio Tandler* dice que el hecho de que una gran parte de las fibras longitudinales de las franjas se han desgarrado en dirección transversal, habla á favor del mecanismo invocado por Kraus.

El Dr. *Julio Hochenegg* dice que no se puede comparar el intestino de un cádaver con el de un vivo, sobre todo cuando éste viene padeciendo de estrechez intestinal crónica. En los casos de estrechez crónica del colon, la hipertrofia de la túnica muscular que va disminuyendo hacia el ciego y es muy marcada junto á la estrechez, hace que el contenido intestinal se estanque en el ciego; á su vez cuando se paraliza el intestino, es natural que se rompa más pronto la parte del colon que tiene la pared más delgada. Así se explica el hecho de que generalmente se distienda el ciego. En otro tiempo, cuando las colostomías no daban tan buenos resultados, era frecuente encontrar en las autopsias distensiones excesivas del intestino, generalmente en el ciego y á veces también en el colon transverso, llegando en este último caso la distensión máxima hasta la flexura hepática; una inflexión angulosa en este punto protegía al colon ascendente y al ciego de una distensión excesiva.—(*Wiener klinische Rundschau*).—R. DEL VALLE.

SOCIEDAD ALEMANA DE CIRUGÍA

Reunión XXXV celebrada en Berlín del 4 al 7 de Abril de 1906.

Primeros socorros en el campo de batalla. — El Dr. *Zoege*, de Manteuffel, dice que va á limitarse al estudio de lo que hay que hacer en la primera línea. En la guerra ruso-japonesa funcionaban en esta línea los puestos de regimiento, el lazareto volante y el lazareto divisionario. Como el campo de batalla era siempre muy extenso, la colocación de estas entidades era muy difícil y funcionaban invadiendo sus atribuciones recíprocas.

Los puestos de regimiento han prestado tan pocos servicios, que problamente llegarán á desaparecer. La Cruz Roja había organizado lazaretos volantes y columnas sanitarias también volantes; estas últimas eran montadas; ambas instituciones han sido muy útiles. Más tarde se emplearon medios de transporte más pesados: carros fineses, el transporte en dos mulos y las grandes columnas que llevaban unos cien coches y que trabajaban de común acuerdo.

¿En qué punto del campo de batalla debe comenzar la asistencia médica? Hoy no se ve en las batallas ningún enemigo: sólo se ven nubecitas de humo y se oyen los disparos. Por la noche cesa el estampido, pero continúa el combate de cerca en las trincheras. El gran alcance de las armas modernas no permite al médico acercarse á las tropas combatientes, y por lo tanto, tienen que colocarse muy atrás. La colocación de la ambulancia principal resultaba muy difícil á causa de su enlace con la organización militar. Las organizadas por la Cruz Roja se colocaban y movían con más libertad. Lo que ha resultado más conveniente ha sido colocar las ambulancias en el punto de donde parten las tropas para entrar en acción, puesto que el soldado herido vuelve por instinto más fácilmente á dicho punto, ó

bien en la estación de ferrocarril más próxima. En un país quebrado se puede aproximar más la ambulancia á la línea de combate, instalándola en un ángulo muerto; en cambio en país llano se debe situar á unos 4 kilómetros por detrás de dicha línea, y los lazaretos volantes 5 á 6 kilómetros más atrás. Las muchas retiradas son causa de grandes deficiencias é incomodidades; acerca de esto se espera que vendrá á ilustrarnos mucho una comisión que con tal objeto se ha creado en San Petersburgo.

¿Cuáles son las heridas que se observan en las guerras modernas? Las de granada son cada vez más raras, y por otra parte, generalmente mortales. Las más comunes son las ocasionadas por Schrapnell y por balas cónicas. Cada Schrapnell arroja 260 balas, cuyo efecto varía según la distancia; dichas balas arrastran materiales superficiales, como trozos de vestido y los hacen penetrar en la herida, infectándola. Los orificios de entrada y de salida son casi iguales, y aun tratándose de disparos hechos á diez pasos, no sobrevienen estallidos de huesos, sino que, por el contrario, son perforados éstos como con un sacabocados, no siendo tampoco arrastrados trozos de tela al interior de la herida. En los combates en punto fortificado la mitad de las heridas era debida á disparos con Schrapnell; en las cargas de caballería las heridas eran más frecuentes en las extremidades inferiores; en cambio en las trincheras y también en las montañas, los más afectados eran la cabeza y el pecho. Así que cada combate, según la localidad respectiva, se caracterizaba por heridas especiales.

¿Cuántas bajas hay en cada combate? Según he observado hasta la fecha cada fuerza sufre generalmente la pérdida de un tercio de su contingente; de dicha fracción, unos tres cuartos son heridos, de suerte que en cada acción de guerra vienen á quedar heridos la cuarta parte de las tropas combatientes. En Mukden, con una fuerza de 280.000 hombres tuvimos 62.000 heridos, y lo mismo aconteció en otros combates, v. gr., en Liauyang. Por la noche es cuando más tienen que trabajar los médicos; como á cada uno le corresponden de 100 á 120 heridos, un ejército de 300.000 hombres necesita 3.000 médicos. El ejército ruso tenía 2.700; pero como al evacuar los heridos se iban los médicos con ellos, escaseaban después en primera línea. Los preceptos respecto á lo que había que hacer en primera línea han sido poco conocidos y por lo mismo no se cumplían muy bien; en cambio merece hacerse constar, y con elogio, que los soldados, con auxilio de sus paquetes de cura, atendieron muy bien á sus camaradas.

El orador habla después del tratamiento de las heridas en las primeras ambulancias, en las de regimiento, en las de división y en las de la Cruz Roja.

1. *Heridas de cabeza.*—En concepto de Bergmann, serían un *noli me tangere*, pero como ya en la guerra angloboer se había visto que esta opinión no era acertada, sabían los cirujanos á qué atenerse en la guerra rusojaponesa. Hay que distinguir entre los balazos de fusil y las heridas producidas por el Schrapnell. Los primeros, cuando son de parte á parte, deben tratarse de un modo conservador, puesto que se trata de heridas lisas, y además, la bala de fusil no arrastra esquirlas ni trozos de tela. Por otra parte, estos balazos suelen ocasionar pocos síntomas, tanto que esta clase de heridos es frecuente que puedan ser transportados fácilmente á las ambu-

lancias instaladas en centros de importancia, y hasta hay casos en que pueden acudir á estos centros por su pié. Ya no sucede lo mismo con los balazos tangenciales con destrozo de los huesos del cráneo en forma de ranura ó canal; en estos casos el balazo hace penetrar en el cerebro esquirlas óseas y piltrafas de la cubierta craneal. Si se empleara un tratamiento conservador, sobrevendrían supuraciones, meningitis y la terminación mortal. Hay que intervenir, por lo tanto, enérgicamente. Estas heridas dan mucho que hacer: hay que extraer cuidadosamente los cuerpos extraños que en ellas hubiesen penetrado, cerrar los orificios de entrada y de salida y proceder á esto lo más pronto posible, ó sea en el lazareto más próximo. Lo mismo sucede con las heridas de Schrapnell. En los balazos de fusil en que hubiese quedado incrustada la bala, no hay que intentar la extracción de ésta, á no ser en el caso en que los rayos Röntgen demuestren que el proyectil se encuentra colocado cerca de la superficie del cráneo y en que amenacen síntomas de peligro. Si no amenazan tales síntomas, aunque el proyectil esté superficial, se le debe dejar en su sitio.

2. *Heridas de cuello.*—Son exclusivamente un *noli me tangere;* es admirable lo bien que se curan y los pocos síntomas que frecuentemente ocasionan. Las heridas del esófago y de la tráquea que llegan á la ambulancia se curan sin auxilio especial. Algún oficial que sufrió una de estas heridas se quedó sentado en la silla de su caballo.

3. *Heridas de pecho.*—Las heridas de pecho acompañadas de hemotórax se deben tratar también de un modo conservador, y lo mismo las que van acompañadas de lesión de la columna vertebral y las del corazón. El orador ha observado siete de estas últimas; todas se encontraban en vías de curación. Un hemotórax enorme con compresión del pulmón se debe pinchar lo más tarde posible. Hay que guardarse de evacuar por completo el líquido acumulado, porque una vez suprimida por completo la compresión del pulmón, es muy posible que desde éste se infecte la cavidad pleural, y también puede suceder que los vasos pulmonares den origen á una hemorragia consecutiva. Sólo cuando los fenómenos de compresión conserven un carácter alarmante á pesar de la evacuación parcial, es cuando se puede practicar la punción desde afuera.

4. *Heridas de la columna vertebral.*— Basta con cuidarlas. Si hay aberturas de entrada y de salida, se dejará intacto el conducto fraguado por el proyectil, sobre todo cuando éste es cónico y de pequeño calibre, ya que esta clase de balas suelen producir lesiones pequeñas. En las grandes heridas de la médula con retención de orina sobreviene no raras veces cistitis por haber sondado al enfermo con instrumentos no asépticos, generalmente cuando se le conducía en el vagón al hospital más próximo. Como en estas circunstancias es difícil esterilizar bien las sondas, el hecho no tiene nada de extraño, y sin embargo, debiera evitarse.

5. *Las heridas de vientre* son un *noli me tangere;* las de hígado se taponarán para evitar la hemorragia secundaria.

6. *Heridas de las extremidades.* — El problema de cuál es el mejor tratamiento de estas heridas no está resuelto todavía. En la Mandchuria no se empleaba otro tratamiento que el vendaje enyesado, y sólo se apelaba al dextrinado cuando no había á mano escayola. Con el primero se preserva

á la herida de la curiosidad imperita; el segundo es más fácil de incindir para examinar el estado de la herida con la sonda, operación que casi siempre ha acarreado la infección seguida de un fin funesto. Así sucedió que una gran parte de los heridos llegaron ya infectados al lazareto, donde se trataron por primera vez de un modo conservador; cuando fué necesario se procedió á la amputación. Posteriormente se practicó en algunos de estos casos la resección en la continuidad, salvándose así la vida de muchos de estos heridos, aunque no raras veces á costa de quedarles una articulación flotante. En las amputaciones, el autor no cosía los colgajos cutáneos porque así se trazaban éstos muy grandes; en cambio, los colgajos cosidos que resultan después demasiado cortos, con facilidad se retraen y dejan un muñón mal formado.

Aptitud para el servicio después de las heridas con las armas de fuego modernas. — El Dr. *Schaefer*, de Berlín, dice que habiendo estado agregado al décimo cuerpo de ejército ruso, ha ejercido la profesión en un gran número de ambulancias. Su permanencia en la Mandchuria ha excedido de un año. Después de la batalla de Mukden reconoció, en unión de dos médicos rusos, los heridos que volvían á tres cuerpos de ejército. De este modo se trazaron 7.000 hojas con datos estadísticos relativos á pérdidas y á terminaciones. Sus resultados los resume el autor en cinco tablas.

La tabla primera da á conocer la pérdida total sufrida por los tres cuerpos de ejército; ha sido de un 16 por 100 próximamente, la misma que resultó en las batallas de Vionville, Marslatour y Gravelotte en la guerra franco-alemana. En algunos regimientos muy expuestos á peligro las pérdidas llegaron á 67 por 100. La proporción centesimal ha sido mucho mayor entre la oficialidad que en la clase de tropa.

La tabla segunda da á conocer el contingente de las distintas unidades con su reemplazo para calcular las probabilidades que tiene cada hombre de ser herido. Resulta una proporción más elevada que en las guerras precedentes. Así, el número de muertos ó heridos ha sido de 44 por 100 en el primer cuerpo siberiano y de cerca de 50 por 100 en los oficiales. Verdad es que ha habido cuerpos de ejército que han tomado parte en varios y muy mortíferos combates. La proporción de muertos á heridos no ha sido mayor que en otras guerras: de uno á nueve en los heridos por la artillería y de uno á cinco ó seis en los heridos por otros proyectiles.

La tabla tercera demuestra que entre 36.000 heridos, sólo murieron después un 2 á 3 por 100, cifra pequeñísima que llega todo lo más á la mitad de la observada en la guerra franco-alemana. Muchos de los heridos pudieron volver muy pronto á las filas. A los tres meses de la batalla de Mukden ya habían vuelto el 45 por 100 próximamente y en algunas unidades hasta el 64 por 100. Estas cifras sorprendieron tanto á algunos jefes rusos, que un general de división quería prohibir los ascensos porque temía que el ejército cayera en ridículo por haberse dejado vencer por un armamento tan miserable.

La tabla cuarta demuestra que el fuego de la artillería ocasiona, por término medio, el 15 por 100 de los heridos; cuando la artillería intervino poco, dicha proporción descendió á 5 por 100.

La tabla quinta hace ver que en los heridos del primer cuerpo de ejército

siberiano no ascendió á $^1/_5$ por 100 la proporción de los que pudieron llegar hasta la ambulancia. Las tropas tuvieron que contar, por lo tanto, con sus propios recursos, y los paquetes de cura individual prestaron extraordinarios servicios. La actividad quirúrgica desempeñó poquísimo papel en las ambulancias, limitándose casi exclusivamente á la extracción de balas y cuerpos extraños Así, de 2.000 heridos del primer cuerpo siberiano, no se practicaron más que 10 operaciones en una sección de la ambulancia. Las hemorragias han sido raras, porque á través de las aberturas pequeñas de entrada y de salida se forma rápidamente un tapón sanguíneo.

Para calcular la influencia que ejerce en la configuración de la herida la distancia á que se ha hecho el disparo, no se pueden tener en cuenta los resultados de los experimentos hechos en cadáveres, habiéndose observado que disparos hechos á diferente distancia producen á veces heridas iguales, y que, por el contrario, disparos hechos á igual distancia pueden ocasionar heridas muy diferentes.

La cura seca en la guerra suroeste-africana.— El Dr. *Goldammer*, de Hamburgo, da cuenta de lo que observó en el año que estuvo prestando servicio en el teatro de la guerra suroeste-africana. La asistencia y el transporte de los heridos tropezaban con grandísimas dificultades. Como escasea mucho el agua, el lazareto de campaña sólo puede establecerse cerca de donde existe dicho líquido, y á menudo sucede que las tropas combaten á muchas jornadas de distancia. De aquí que no sea posible que el personal sanitario se dedique á buscar y transportar los heridos, tarea á que tienen que atender las mismas tropas, siendo además necesario colocar á los heridos, cuando buenamente se puede, en los carros de las provisiones. Con esto sucede á veces que se pasan semanas antes de que puedan desnudarse los heridos y de que lleguen al lazareto, y esta es también la causa de que la primera asistencia médica tenga que limitarse á lo puramente preciso. La cura absolutamente seca de las heridas ha resultado ser el único medio con el que se obtienen resultados favorables hasta cierto punto. Sólo cabe aplicar un primer apósito *lege artis*, cuando es posible una asepsia rigurosa; de lo contrario se emplea la cura seca en forma de aplicación de gasa yodofórmica y sujeción con tiras de esparadrapo aglutinante, siendo preciso considerar á las heridas mismas como un *noli me tangere*, renunciando á toda exploración. Puede emplearse este procedimiento por cuanto la hemorragia suele ser escasa á causa del pequeño diámetro de los orificios de entrada y de salida. Más tarde, cuando ya se han desecado las torundas, se coloca sobre ellas una venda, y en los casos de fracturas de las extremidades producidas por arma de fuego, se procede sencillamente á colocar las férulas. De este modo no se toca para nada la herida, hasta que pueda colocarse un apósito con todo conocimiento de su verdadera condición. En el apósito de urgencia tampoco se puede pensar ni aun en la desinfección más rudimentaria como falta el agua, es muy frecuente no poder limpiar bien las manos, por lo tanto, el apósito hay que aplicarlo tal como se le saca de la bols donde ha estado guardado á veces por mucho tiempo. El untar las mano con espíritu sólido de jabón no ha dado resultado, porque cuando se and por el suelo con las manos así untadas, éstas se ensucian cada vez más. La lesiones traumáticas de los huesos se deben vendar y entablillar sencilla-

mente y tan pronto como sea posible, ó fijarlas por medio de un apósito enyesado. Dadas las malas condiciones de los medios de transporte y la larga duración de este último que tienen que soportar los heridos antes de poder ser sometidos á un tratamiento estacionario y hecho á conciencia, es preciso atribuir los buenos resultados que aun así se han conseguido en el tratamiento de las fracturas, á su fijación rápida. Así se ha visto curar fracturas del muslo producidas por arma de fuego, en el mismo tiempo, después de la fijación, que las fracturas subcutáneas. En general, se consigue evitar toda infección de las heridas, sin duda alguna á causa del apósito protector que se coloca en el acto, y de que se las preserva de toda intervención. De 108 heridas por arma de fuego con 30 fracturas óseas en que se empleó el apósito del autor, se curaron por primera intención 87. En 13 casos sobrevino supuración, pero 7 de ellos no se habían sometido desde el principio á dicho tratamiento. Murieron 4 y 58 pudieron volver al servicio activo.

Heridas articulares por arma de fuego.—El Dr. *Bornhaupt*, de Riga, refiere lo que ha observado en 2.265 heridos que ha tenido ocasión de ver en el lazareto de la Cruz Roja. No se trataba de heridas recientes, porque el transporte de los heridos, con apósito de urgencia, hasta dicho lazareto, duraba seis días. De dichas heridas, 157 ó sea el 7 por 100, fueron de las articulaciones, y en cambio esta proporción fué tan sólo de 4'1 por 100 en la guerra franco alemana. Estaba interesada la rodilla en 85 casos (54 por 100), el codo en 32 (20'4 por 100), el hombro en 19 (12 por 100), la articulación del pié 10 veces (6'3 por 100), la de la cadera 6 (3'8 por 100) y la muñeca 5 veces (3'4 por 100). Las heridas habían sido producidas:

Por proyectil de fusil.....	108 veces	= 68'8 por 100.
Por Schrapnell.....	39 ídem	= 25'0 —
Por granada.....	10 ídem	= 6'2 —

El proyectil quedó incrustado en la articulación:

Por heridas de fusil.....	en 14 por 100 de los casos.
— de Schrapnell.....	— 69 — —

Las diferencias observadas en lo relativo á la supuración, según el proyectil y según hubiese quedado ó no incrustado, nos explican el hecho de que las balas cónicas de fusil, que son muy perforantes, rarísima vez ocasionen supuraciones; que el Schrapnell, que también perfora, la produzca con algo mayor frecuencia, y por último, que los cascos de granada, que se incrustan, hayan provocado supuración en más de un 50 por 100 de casos.

De los 157 casos de heridas de articulación fueron operados 37, ó sea el 23'5 por 100. El número de los operados en general fué de 57 por 100.

Los resultados de las 17 operaciones en la rodilla han sido:

	Resecciones.	Artrotomías.	Amputaciones.
	4	6	7
Muertos.	1	1	3

El autor termina declarándose partidario del tratamiento conservador de las heridas articulares por arma de fuego, en vista de lo que le ha enseñado la experiencia.

Heridas de los vasos. — El Dr. *Brentano*, de Berlín, trata de este asunto, tomando por base ocho casos que observó en el lazareto que había instalado la Asociación alemana de la Cruz Roja. Todos los casos tenían de común haber sido producidas las heridas por el proyectil japonés de infantería, de 6'5 milímetros de calibre, con orificios de entrada y salida del mismo diámetro; además, en todos estos casos las heridas cutáneas ya estaban curadas ó casi curadas cuando su ingreso en el lazareto. De los ocho casos fueron operados siete; en el octavo se trataba de un orificio fraguado en la aorta y que se descubrió casualmente en una autopsia. El paciente había sobrevivido á su herida setenta días y sucumbió de hemorragia secundaria, que al parecer provenía del hígado, no de la herida de la aorta. En los demás casos se puso al descubierto la herida, y después de haber ligado el tronco vascular respectivo por encima y por debajo de la lesión, así como las ramas colaterales que de él emergían, se procedió á la resección del trozo lesionado. Los casos así tratados se curaron sin nada de reacción y sin que hubiese sobrevenido en la zona periférica á la herida y á la porción resecada el menor trastorno circulatorio.

En las heridas vasculares por arma de fuego no hay que apresurarse á intervenir, sobre todo mientras existan grandes hematomas, pues no hay que olvidar el peligro de la infección en estos casos y también el de la gangrena periférica. La sutura secundaria de los vasos rara vez es factible, y caso de hacerla, conviene casi siempre que sea circular, porque la magnitud del defecto no permite generalmente una sutura lineal. Otra de las circustancias que dificultan la sutura es la imbibición serosa de la pared vascular y la pérdida de elasticidad que determina, condiciones ambas que persisten después de la absorción del hematoma.

En los casos operados se trató cuatro veces de heridas de refilón, que interesaron en tres casos la arteria braquial y en uno la radial; en los otros tres casos la herida era perforante, conservándose por dos partes la continuidad del conducto vascular (arterias ilíaca externa, femoral y tibial anterior). Parece que la curación espontánea es menos fácil de alcanzar en las heridas perforantes que no en las de refilón; en dos casos de estas últimas en que se había interesado la arteria braquial, se encontró cerrado el orificio á los seis días de la herida. La oclusión se produjo por medio de un exudado plástico que unía los vasos heridos con los nervios y fascias próximos. La prueba de que había sido herida la arteria en estos casos nos la suministró, además del dato del trayecto del balazo, el de la falta ó debilidad del pulso en la zona periférica á la herida. Además, hay que mencionar la dureza notable del conducto del balazo y la alteración que existía de un modo indudable en el territorio de los nervios interesados. Se consideró justificada la operación en estos casos no sólo por este último síntoma, sino también por el temor de que pudiera desarrollarse ulteriormente un aneurisma en el sitio de la herida, como se observó en la guerra angloboer.

En tres casos (arterias radial, tibial y braquial) existían los llamados aneurismas falsos, que fueron operados á los ocho, once ó catorce días respectivamente de producida la herida, cuando sólo se encontraron restos de un hematoma.

La herida por arma de fuego de la arteria ilíaca externa dió origen en el orificio de entrada al desarrollo de un aneurisma como un huevo de gallina, aneurisma que fué extirpado á los ochenta y tres días de sufrida la herida, pero conservando la vena que no había sido lesionada. Los bordes del orificio de salida, que habían sido muy invertidos hacia afuera, estaban en conexión con un agujero de la fascia ilíaca, por debajo del cual existía un gran hematoma.

Un aneurisma arteriovenoso producido por perforación simultánea de la arteria y de la vena femorales en el triángulo de Scarpa (balazo perforante), fué resecado á los diecinueve días de recibida la herida.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Tratamiento de la difteria.—Desde 1899 á 1905 inclusive, ha tratado el doctor Bourget 547 casos de difteria, 365 sin suero antidiftérico (2 muertes), y 166 con él (14 muertes). En todos ellos hizo el examen bacteriológico. El tratamiento local principia en cuanto ingresa el enfermo en la clínica: consiste en toques con la preparación siguiente:

Percloruro de hierro líquido	aa 2 gramos.
Alumbre pulverizado	
Acido bórico	
Glicerina	20 —

Se tocan las partes afectadas 5 ó 6 veces seguidas y después el enfermo hace gárgaras con 2 cucharadas de café de la disolución siguiente, diluídas en un vaso de agua tibia:

Tintura de guayaco	aa 50 gramos.
— de ratania	

El tratamiento se repite de dos en dos horas, ó de hora en hora en los casos graves. La mejoría es rápida y la temperatura suele descender á los tres ó cuatro días.

(*Rev. de Ther. médico-chirurgicale*, 15 febrero 1906).—F. TOLEDO.

La hiperleucocitosis artificial como medio de aumentar la resistencia de los tejidos contra la infección.—El Dr. H. Miyake, de Breslavia, se propuso estudiar el valor profiláctico de la hiperleucocitosis artificial, respecto á las bacterias débilmente virulentas que intervienen en las operaciones asépticas. Como agentes quimotáxicos empleó la disolución de sal común al 0'85 por 100 y esterilizada, el caldo neutro, la suspensión de aleuronato al 2 por 100, la inyección intraperitoneal de ácido nucleínico de levadura al 2 por 100, y la inyección subcutánea de ácido nucleínico al 5 por 100.

Después de haber realizado con éxito varios experimentos en animales,

se practicó en un enfermo de la clínica de Mikulicz una inyección de 50 cent. cúb. de disolución de nucleína al 0'5 por 100, en la cavidad peritoneal y nueve horas antes de la operación. A las siete horas de la inyección, ascenso de la temperatura, que pasó muy pronto (38°). La proporción de leucocitos era: antes de la inyección, 2.200; nueve horas después de la inyección, 24.000; á las treinta y siete horas después de la operación, 28.000 (máximum), noventa y nueve horas después de la operación, 8.800.

El Dr. v. Mikulicz ya hace mucho uso en su clínica de la disolución preparada por el Dr. Miyake. Cuando se trata de un adulto inyecta generalmente 50 cent. cúb. de una disolución neutralizada al 2 por 100, ó sea de 1 gramo de ácido nucleínico de levadura. La inyección se practica debajo de la piel del pecho, y en dos pacientes se inyectaron hasta 2 gramos de ácido nucleínico, sin que hubiese sobrevenido trastorno apreciable. Aunque se recomienda la disolución al 0'5 por 100, hay muchos casos en los que no se puede emplear en el hombre, porque para inyectar 1 gramo de ácido nucleínico haría falta introducir 200 cent. cúb. de líquido.

Hasta ahora no ha ocurrido ningún contratiempo con las inyecciones, y Mikulicz cree que con ellas disminuye muchísimo en los operados el peligro de infección por parte del tubo gastro-intestinal.

(*Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Med. und Chir.*)—R. del Valle.

Bálsamo del Perú y aceite de ricino en cirugía.—En 1893 el Dr. Van Arsdale publicó el resultado de las investigaciones que había hecho para sustituir las curas que se empleaban en aquella época, y que impedían en vez de favorecer, el derrame de los líquidos exudados por la herida. Creyendo que el mejor tópico era una substancia oleosa, hizo varios ensayos y terminó por adoptar la mezcla siguiente:

Bálsamo del Perú.....	2 gramos.
Aceite de ricino.....	30 —

Cuatro años después publicó el Dr. E. Gallant un trabajo en el que decía que había adoptado este tratamiento en 29.000 heridas diferentes, obteniendo siempre resultados satisfactorios.

El Dr. E. V. Hubbard ha publicado recientemente otro trabajo en el que ensalza la eficacia de la mezcla de bálsamo del Perú y de aceite de ricino como agente de cura. Recomienda emplear ingredientes puros, y si el aceite de ricino es de procedencia dudosa esterilizarlo, sometiéndolo durante dos ó más horas á una temperatura de 71° C., y añadiendo después el bálsamo del Perú. La mezcla combinación de estas dos substancias forma un compuesto ligeramente antiséptico y siempre viscosa. La cura que se obtiene con él no se pone dura y favorece el derrame de los líquidos exudados por la herida.

(*New York Med. Journal*, 10 marzo 1906).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LAS NEUROSIS SINTOMÁTICAS

ESTUDIO CLÍNICO DE LOS NEUROSISMOS DE CAUSA ORGÁNICA

POR EL DOCTOR

D. JOSÉ SALAS Y VACA

Médico, por oposición, de la Beneficencia general.

No por seguir un tributo de fidelidad al criterio organicista, perjudicial muchas veces en la moderna clínica, sino el afán de buscar un racionalismo científico, es lo que me lleva á catalogar las manifestaciones sintomáticas de los neurosismos, cuando relacionándose con causas patológicas visibles ú ocultas, completan unas veces, y otras enmascaran, el cuadro que á diario observamos en individuos predispuestos á estas *neurosis* que de hecho y por esta razón calificamos de *sintomáticas*.

Esta apreciación envuelve la idea lógica de una aspiración científica, pues aunque de momento por nuestros escasos conocimientos estamos obligados á admitir grupos de neurosis que, como el histerismo y neurastenia, han de durar mucho tiempo entre las perturbaciones funcionales sin lesión conocida, no ocurre de igual manera en otros casos, en los que la investigación, necesaria siempre, nos pone en camino de averiguar la causa en que se sustentan estas neurosis orgánicas.

Supongamos un sistema nervioso intoxicado por una sangre infeccionada, juzguemos de su comportamiento al nutrirse mal por una sangre pobre y anémica, tengámosle presente, excitado por una causa dolorosa, recordemos el desequilibrio mental de que puede ser presa un cerebro agotado por los estragos de una larga y penosa enfermedad, y hallaremos explicación segura del comporta-

miento patológico de este gran aparato, dando lugar á las diferentes formas de estas neurosis.

La clínica, que para adquirir su verdadero valor científico contaba antiguamente sólo con el hecho sintomático, del que se sacaron consecuencias poco sólidas, se ve hoy rodeada de medios auxiliares que, al comprobar los hechos observados, robustece la consecuencia, dándola una elevación de nivel científico que le aproxima á la más exacta de las ciencias biológicas. Nada de extraño tiene que salte á nuestra vista la gran diferencia que existe entre la explicación patogénica que claramente tienen hoy ciertos hechos, al lado de la obscuridad con que se trataban de interpretar algunos síndromes que, si antiguamente poseían la categoría de procesos patológicos diferenciados, hoy va quedando su papel relegado al lugar de cuadros sintomáticos de causas más estudiadas: si esto ocurre con la tetanía, ciertas formas de epilepsia, por cuya causa se justifica el calificativo de sintomáticas, nada de extraño tiene ocurra más tarde con las grandes neurosis histerismo, neurastenia y corea.

Basta recordar, para justificar esta esperanza, que en muchos casos los cuadros del clásico histerismo, de la persistente neurastenia y del infantil corea, se nos ofrecen por individuos débiles, cuya historia patológica, cuidadosamente seguida, vemos terminar en una grave lesión orgánica: día llegará en que el minucioso análisis nos manifieste las lesiones latentes que hoy se ocultan á nuestros medios, y así como la neurastenia y el histerismo los conocemos en la actualidad por sus manifestaciones, adquiriremos un sólido fundamento de la base causal en que se apoyan estos desórdenes.

Esto que vagamente imaginamos para el porvenir, lo ofrece hoy la clínica cuando la manifestación neurósica del sifilítico es influenciada por una medicación específica, cuando el tuberculoso modera sus síntomas cerebromedulares al modificarse favorablemente la marcha de su proceso anatómico, y cuando el cardíaco hiposistólico vuelve á la regularidad de su ritmo por un plan tónico y de reposo.

El hombre justifica la esencialidad de su neurastenia por un hecho de agotamiento nervioso que creó la *debilidad irritable;* la niña tiene la cuna de su histerismo, en una herencia que la predispone y en una educación mal dirigida que le acarrea falsas nociones de sensibilidad afectiva; el proceso psíquico de imitación puede hacer surgir el corea en los predispuestos; pero la mayoría de las neurosis que á diario observamos, tienen su origen en un sinnúmero de

procesos que al modificarlos favorablemente, desaparecen las reliquias de que se acompañan.

Tan importante resulta siempre valorar los síntomas neurósicos que nos ocupan, que el más pequeño olvido puede acarrear, y de hecho ocasiona grandes errores en el juicio que formamos de la totalidad de un proceso morboso. ¡Cuántas veces por nuestra presencia se calma un fuerte dolor que momentos antes justificaba un urgente aviso! ¡No pocas veces, al pulsar un enfermo, nos vemos sorprendidos por una taquicardia y hasta por una arritmia, sin que el síntoma tenga otra interpretación que el sobrecogimiento del enfermo ante nuestra presencia! ¡Con cuánta frecuencia somos víctimas de una equivocación al pronosticar mal con motivo de una convulsión, de un síncope ó de una afasia que, como signo intercurrente, perturba la marcha sintomática de un proceso agudo en una joven próxima á la pubertad y descendiente de un tronco neurósico!

Estas lamentables equivocaciones podremos en parte subsanarlas teniendo en cuenta el momento de la presentación de los síntomas, las formas con que se manifiestan y la evolución de lugar y tiempo que poseen en el cuadro total de la enfermedad que observamos.

De estos síntomas, los de orden psíquico son factores casi constantes en la mayoría de los procesos orgánicos; las fases de su semiótica pueden pasar desapercibidas para el clínico ante la necesidad de informarse de lo fundamental y patognomónico, y para el enfermo muchas veces quedan en la esfera de lo inconsciente, ante la necesidad, sentida por él, de valorar sensaciones subjetivas en las que concentre toda su atención. En modo alguno se extraviaría nuestro juicio si así se repitieran los hechos, pero lo más frecuente es que sea solicitada nuestra atención por un cuadro de accidentes neurósicos que obscurece y enmascara el diagnóstico de la causa alrededor de la cual circulan estos fenómenos.

Las convulsiones que abren la escena de los procesos infectivos de los niños, el escalofrío inicial y hasta la misma hipertermia descartada de todo determinismo séptico, pueden interpretarse como manifestaciones de neurosismos que, como el castañeteo de dientes, responde á una convulsión motora, el escalofrío inicial que es producido por un espasmo vascular de origen nervioso, y hasta la elevación de temperatura que tiene su cuna en este mismo espasmo, por romper el constante equilibrio entre la producción de calorías y su pérdida; elocuentes manifestaciones son de trastornos dinámi-

cos del sistema nervioso, originados sin duda por una causa que teniendo su cuna fuera de él, le repercute á distancia.

Nada tan variado como el cuadro nervioso que se mezcla con la sintomatología de los procesos infectivos, debido al concurso que el sistema cerebro espinal y trisplánico toma en el desarrollo de conjunto; desde la simple hiperalgesia que se traduce por una neuralgia más ó menos persistente, entre las que la cefalea tífica ocupa el lugar preferente, hasta el más grave desorden motor con determinismo anatómico, se sucede una gradación en la cual hallamos al lado de la psicosis funcional manifestada por el delirio, la más compleja tifomanía melancólica ó de exaltación, que cede de un modo permanente al desaparecer la causa que la sostiene.

⁂

En las mismas enfermedades que en el sistema nervioso reconocen por causa una lesión anatómica conocida, no todos sus síntomas son producto directo de las consecuencias patogénicas de la lesión misma; en muchos de estos casos se nos presentan fenómenos que, al estar desligados de la alteración orgánica fundamental, no pueden considerarse de otro modo sino como repercusiones funcionales que entran en la categoría de los síntomas que estudiamos.

En las que afectan al eje cerebro-espinal, ya sean perturbaciones de riego, ya producidas por alteraciones del parénquima nervioso, unos síntomas entran en la categoría de déficits funcionales dependientes de la alteración estructural, y otros son efectos de la sorpresa funcional acaecida en territorios lejanos á la lesión misma; ejemplo de ello lo tenemos en el itus de la apoplegía, en los fenómenos convulsivos de que se acompañan tantas otras lesiones centrales del sistema nervioso, sin que para ello haya necesidad de admitir lesiones anatómicas en los órganos donde nacen estas alteraciones funcionales.

A estos síntomas difusos ó focales indirectos corresponden los irritativos ó de excitación, y los inhibitorios, hallándose entre los primeros los trastornos motores y anomalías de sensibilidad que aparecen acompañando á un cuadro totalmente paralítico, tal como sucede cuando una lesión que al destruir el tercio superior de las circunvoluciones centrales paraliza la pierna del lado opuesto, y produce accidentes espasmódicos en la cara y brazo del mismo lado, con hiperestesia del contrario. Los síntomas de inhibición dependientes del foco morboso, pero sin enlace funcional con él, se

traducen por parálisis en la esfera de la motilidad, por anestesias ó dolores, y ambliopías en territorios sensitivosensoriales; si bien estos síntomas pueden darse á veces diferenciados, se mezclan de tal modo y con tal antagonismo á veces, que no es fácil explicar el motivo de que en un caso, ó en momentos dados, predominen los unos á los otros. La mayor frecuencia de sus síntomas y su más clara patogenia explicable por accidentes compresivos, nos la ofrecen los tumores cerebrales; no siendo en otros casos tan fácil su averiguación, aunque se recurra á la influencia perturbadora que una lesión focal puede tener sobre territorios inmediatos, y á los accidentes colaterales circulatorios que pueden presentarse alrededor de un foco hisquémico.

Que los trastornos intelectuales sean frecuentes en extensas lesiones del encéfalo, no debe extrañarnos por hallarse afectados de un modo directo los centros psíquicos; pero en esta categoría de síntomas que mencionamos deben incluirse la amnesia, la irascibilidad de carácter y las alternativas de risa y llanto, que como accidentes funcionales acompañan á las hemiplegias corticales y capsulares de reducido foco.

De igual modo que en los procesos encefálicos, en las enfermedades medulares no todos los síntomas tienen el carácter orgánico, siendo muchas veces funcionales y sobreañadidos, como manifestaciones nuevas é independientes de las lesiones por las cuales éstas se manifiestan con un aumento sintomático no justificado, á juzgar de la conocida extensión que alcanza la destrucción de textura. Estos síntomas son los responsables del tan decantado tratamiento subjetivo de los procesos medulares, y los que justifican, con su desaparición, la fama de dicho proceder terapéutico.

Mencionados que han sido los síntomas neurósicos que acompañan á los procesos agudos, los que á título de complicantes rodean á las lesiones orgánicas del sistema nervioso, indiquemos, siquiera sea someramente, la participación que estos síntomas toman en los procesos que por su naturaleza intervienen dominando el cuadro clínico, comenzando nuestro estudio por el

MODO DE COMPORTARSE EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES HEMÁTICAS Y DE LAS GLÁNDULAS SANGUÍNEAS

Nada más elocuente que los síntomas neurósicos que acompañan á las enfermedades de la sangre. Desde la sorpresa psíquica que se apodera de algunos individuos ante la presencia de una insignifi-

cante hemorragia de que son víctimas, y que en algunos casos puede provocar el más complejo ataque sincopal del que pronto salen si hábilmente se regulariza la función cerebral perturbada por el terror en estos sujetos, hasta el más complejo síndrome de neurosis que se desarrolla en las anémicas próximas á la pubertad, todo lo encontramos como síntoma de este desequilibrio nervioso, que á veces domina por entero el cuadro patológico de una anemia.

Nada hemos de hablar de las post hemorragias, de las sintomáticas de los convalecientes, de las ligadas á procesos generales y cuyos síntomas se relacionan con la enfermedad fundamental; pero en la *clorosis*, esa gran anemia de las jóvenes que domina un crecido tanto por ciento de las enfermedades de la pubertad, descubrimos un completo cuadro de histeroneurastenia, que por la complejidad de los estigmas y la pureza á veces de su cuadro, es capaz de desorientar al clínico más experimentado: dígalo si no la joven jadeante que apesadumbrada y triste, de mirar melancólico, de labios pálidos y mejillas temblorosas, nos consulta sus molestias de insomnio, sus pertinaces neuralgias, sus complejas parestesias, sus ideas terroríficas, entre las que descubrimos, al lado de la irregularidad y su pobreza de regla, un completo cuadro de estigmas con anestesia conjuntival y faríngea, y hasta reducción concéntrica del cuerpo visual que sigue de cerca, y persiste á veces después de grandes accidentes convulsivos; cualquier clínico disculparía su error si al interpretar sólo lo subjetivo del relato formase el juicio de neurosis esencial, pero la clave patognomónica del diagnóstico la da el recuerdo de sus accidentes menstruales, los soplos funcionales característicos que debemos perseguir por una auscultación detenida del corazón y vasos, y un minucioso análisis de la sangre, necesario la mayoría de las veces.

De este grupo causal surgen la mayoría de las neurosis que observamos en la clínica, y la irritabilidad de la inervación que acarrea la cefalalgia, las palpitaciones, los desvanecimientos, las lipotimias y los síncopes funcionales, se modifica y se cura desde el momento que logramos mejorar la condición nutritiva de la sangre d' estos enfermos. En las anemias graves, en las parasitarias y la pe niciosa progresiva clásica, los síntomas neurósicos, parecidos á l(anteriores, pueden tomar el incremento de estados comatosos qı recuerdan el coma diabético; accidentes parestesicoparéticos qı semejan la tabes, y mialgias que traen la idea de la claudicación i termitente de Charcot. Los síntomas sensoriales, revelándose sól

por alteraciones funcionales, pueden estar ligados á lesiones que, como la retinitis y neurorretinitis, son los responsables de las ambliopías y amaurosis presentadas en el curso morboso de estos enfermos; nada de esto, sin embargo, puede desviar este sereno juicio, si se tiene en cuenta que el conjunto de síntomas y el análisis hematológico pueden dar la segura clave del diagnóstico causal.

Sirva lo dicho para las leucemias y pseudoleucemias, donde los síntomas funcionales neurósicos al agravarse porque ciertas neoformaciones linfomatosas puedan, al comprimir las raíces posteriores, dar síntomas de crisis gastro intestinales y desórdenes motores parecidos á la tabes dorsal clásica.

En las diátesis hemorrágicas estos síntomas, ligados á la lesión fundamental, no ofrecen duda desde el punto de vista de su patogenia, que directamente se relaciona con la crasis sanguínea, y que toma el carácter orgánico, cuando el sistema nervioso es asiento de las pequeñas hemorragias, tan frecuentes en estos procesos.

No ocurren de igual modo las cosas en la hemoglobinuria, cuyos síntomas se rodean de grandes desórdenes nerviosos, tal como ocurría á un enfermo que tuve ocasión de observar, en el que los síntomas dominantes en los intervalos de los ataques fueron de incoordinación cerebral con paresia pupilar, tendencias agresivas y exaltación de reflejos que más de una vez me hicieron pensar en la parálisis progresiva; la exageración de estos síntomas con la proximidad de los ataques, y el modificarse favorablemente al desaparecer aquéllos, me aclararon esta relación causal cuando desapareció el síndrome neurósico á la par que la hemoglobina. Los parásitos de la sangre pueden pasar confundidos durante mucho tiempo con neurosis funcionales, hasta el punto que Manson ha relacionado la enfermedad del sueño, tan frecuente en los negros, con un parásito (Filaria perstan) de pequeños embriones, que vive en la sangre.

***

Entre la patología de las glándulas vasculares encontramos elocuentes síntomas nerviosos que ya sea por una repercusión refleja sobre el sistema nervioso, ó ya ocurran por la alteración que el coeficiente hemotóxico puede producir sobre el concierto funcional del sistema nervioso, es lo cierto que las enfermedades en estos órganos dan lugar á ciertos fenómenos que, como los de hipocondría, se cargaban á cuenta en los procesos esplénicos, y en la actualidad hay bien estudiada una relación constante entre las lesiones de las

cápsulas suprarrenales, hipófisis y tiroides con el sistema nervioso.

Nada más patente que esta relación cuando vemos con tanta frecuencia alterada la función nerviosa por una lesión de estas glándulas cerradas. La patogenia de estos fenómenos se debe á que alterada la función vicariante de estas glándulas, ó trastornada de un modo desconocido hasta ahora su secreción interna, ciertos productos elaborados por ellas, y que vertidos en la circulación general producen una tonificación y regularidad funcional del sistema nervioso, dejan de producirse, creándose circunstancias causales para que este fisiologismo se altere y se manifieste el desorden por un cuadro bien caracterizado de neurosis funcional.

Como hecho curioso, aunque de patogenia poco estudiada, merece citarse la muerte súbita, que aun no muy frecuente, acompaña á los procesos hipertróficos de la glándula *timo*. Aunque la *muerte tímica* se haya querido relacionar por unos con accidentes de brusca compresión y por otros se haya pensado en la miseria orgánica de los niños que sufren este accidente, es lo cierto que desde el momento que el *timo* hipertrofiado es capaz de dar origen á fenómenos tan reflejos como el asma y la estridulosis laríngea, estamos autorizados para pensar que la muerte súbita de que nos ocupamos, sea producida por la inhibición cardíaca derivada de un reflejo patológico, cuyo punto de origen es la glándula hipertrofiada y enferma.

La patología de las cápsulas suprarrenales nos ofrece un claro ejemplo de la intervención del sistema nervioso entre sus manifestaciones morbosas. La experimentación demuestra que los animales desprovistos de estas glándulas mueren en un cortejo sintomático de convulsión epiléptica, vértigo rotatorio, delirio y coma; así como también que la influencia vasorreguladora que estos órganos ejercen por su secreción interna, se manifiesta y se desenvuelve por un mecanismo reflejo, como lo prueba el hecho de faltar el tono vascular cuando se inyecta jugo suprarrenal en animales á los que previamente hayamos seccionado la médula. La acción electiva de estos jugos sobre el corazón es indudable, aunque el refuerzo sobre la acción cardíaca se produzca, según los fisiólogos, por intermedio del centro del vago.

En estos datos fisiológicos tenemos explicación segura del cuadro de astenia nerviosa con que en la clínica se presenta desde sus primeras fases la enfermedad de Adisson. La fatiga y la sideración

nerviosa recuerdan el cuadro de las más graves lesiones del sistema nervioso, y la anemia, el insomnio, el vértigo, el coma y demás perturbaciones psíquicas que sufren los adissonianos, traen á la memoria el cuadro de algunas neurosis, hasta el punto de haber hecho pensar á Nauser si muchos cuadros de corea é histerismo terminados por la muerte fueran síndromes atípicos de la enfermedad bronceada.

Los procesos de la glándula tiroides son los más ricos en síntomas nerviosos: la misión fisiológica de este órgano destruyendo materias altamente tóxicas para la nutrición y la vida, y su papel secretorio de importantes substancias reguladoras del sistema nervioso, explican suficientemente que tanto su agotamiento funcional, como su desconocida hiperfunción, sean causa de gravísimos trastornos, en los que de ordinario dominan los más variados síndromes nerviosos.

Los síntomas de la hipofunción tiroidea, los encontramos en su más alto grado como consecuencia de la extirpación de la glándula en los animales, ofreciéndose como cuadro patológico una hiperescitabilidad del simpático con excitación vasomotora; mecanismo que en cierto modo explica la hipertrofia orgánica, de que son víctimas los individuos con lesión tiroidea, y que su expresión más clara la produce la *ectireosis* experimental, que recuerda la manifestación clínica del mixœdema operatorio y espontáneo de los adultos, en los que, como síntomas neurósicos ofrecen esa pléyade de trastornos psíquicos, como son las perturbaciones intelectuales con torpeza de ideas, ofuscación de la memoria, irritabilidad general, insomnio y pesadillas; cuadro que en estado latente durante algún tiempo puede terminar por el de una psicosis maníaca ó melancólica, ó con síntomas de una demencia secundaria (1).

En el mal llamado hipertiroidismo, cuya expresión clínica la encontramos en la caquexia exoftálmica ó enfermedad de Basedow, se producen cuadros clínicos tan complejos, que es necesario de toda la atención del clínico para no caer en el error de tomar el efecto por causa, diagnosticando una neurosis á través de la cual se oculta un síndrome patológico bien definido. ¡Con cuánta frecuencia se nos presentan enfermos relatando un cuadro patológico de histerismo clásico, en el que no faltan ninguno de los estigmas de esta neurosis, y una observación detenida nos descubre un tem-

(1) En la actualidad se trabaja en busca de una relación patogénica entre tiroides y la enfermedad de Parkinson.

por clínica con el taquicardia y exoftalmia, que nos hacen llevar [illegible] por clínica por distinto camino.

Este cuadro, que por el conocimiento enumerado a [illegible] en que se apoya, puede presentarse en forma de una neurosis cardiovascular relativamente simple y caracterizada por un aumento de la actividad cardíaca, [illegible] arteriales, tono vascular apagado y [illegible] este cuadro, que [illegible] á la irritabilidad psíquica no [illegible] del concepto clínico de la enfermedad de Basedow, por faltar los síntomas de estrima y exoftalmía, tienen en lógico agrupamiento en el síndrome, si tenemos en cuenta que la taquicardia, con un temblor rítmico en los dedos, de pequeñas oscilaciones, son los primeros signos en la alteración basedowiana; no agotaremos, para cerrar este juicio, á la presentación de la [illegible] congestiva del tiroides y la exoftalmía, que constituyen síntomas accidentales y sobrevienen de un modo quizás secundario en el proceso.

Otro grupo de síntomas neurósicos lo encontramos cuando después de algún tiempo de haberse presentado las palpitaciones iniciado el bocio y entreabierta la hendidura palpebral, empiezan los fenómenos psíquicos por una exagerada pusilanimidad del individuo, aumento del temblor, hasta el punto de hacerse crónico; dolores musculares, convulsiones tónicas y epileptóideas, contracturas y parálisis en cierta clase de músculos, y anomalías psíquicas más raras, que como la confusión mental, manía agitada y delirio agudo, pueden terminar de un modo funesto el cuadro de la enfermedad de Graves.

Considerados de este modo los síntomas numéricos en los procesos antes mencionados, dediquemos algunas líneas para señalar la

PARTICIPACIÓN QUE TOMA EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES DISTRÓFICAS

En los procesos por retardo nutritivo se mezclan de tal manera los síntomas neurósicos, que desde muy antiguo vienen significándose estos procesos con el nombre genérico de neuro-artritismo; su patogenia, relacionada con alteraciones de las mutaciones celular nutritivas, permanecen casi desconocidas en la actualidad desde momento que su causa primordial es colocada por unos en el de orden del fisiologismo autonómico de las células, y por otros quie hacerse depender de una perturbación del sistema nervioso, q transtorna la regular transformación de substancias asimilables

desordena el aporte de materiales convenientemente preparados á las atmósferas celulares. Esta relación clínica del artritismo con las neurosis ha hecho pensar á no pocos patólogos si los fenómenos del retardo nutritivo serían dependientes de un neurosismo general, que del mismo modo que repercute sobre la esfera psíquica, perturbaría los aparatos periféricos de las vísceras, dando lugar á la deficiencia en la preparación de principios asimilables, y á su insuficiente aporte celular.

Sean una ú otra las causas primordiales del proceso, es lo cierto que preparada la alteración nutritiva por una neurosis latente ó confirmada, se aumentará ésta si nuevas causas de agotamiento vienen á sumarse como desastrosos factores al neurosismo existente, dando lugar esas formas de inveterada neurastenia que sufren los artríticos, á las neurosis vasotróficas de los herpéticos, y á esas formas mal definidas de histerismo que agobian á los diabéticos y calculosos.

No cabe duda que los actos de la nutrición regularizados y modificados en los artríticos, influyen favorablemente en los síntomas de sus neurosis; la clínica nos ofrece muchas veces sujetos en los que su historia gotosa es dominada por accidentes neurósicos que, como la cefalea, raquialgia, asma y torpeza psíquica, se suceden y se mezclan con síntomas de dispepsia neuromotora que reproducen con frecuencia el cuadro de una típica neurastenia: estos hechos podremos interpretarlos teniendo presente que en el artrítico las funciones transformadas están alteradas y las eliminaciones son deficientes; reteniéndose como productos circulantes ciertas substancias tóxicas, que aumentando la perturbación existente del sistema nervioso, pudieran exagerar los síntomas de neurosis, y hasta crear nuevos tipos. El porvenir resolverá sobre estas ideas.

Aunque pocas veces confundan, y jamás enmascaren los síntomas neurósicos las braditrofias conocidas, en la evolución de ellas vemos un conjunto de síntomas nerviosos que se relacionan siempre con el trastorno trófico en que se apoyan; así vemos en la *oxaluria* esa discrasia ácida, de tratamiento patogénico tan difícil, dominar la irritabilidad nerviosa al lado de la excitabilidad muscular tan persistente; los enfermos se ven acometidos de un irresistible deseo de dormir, porque el sueño de la noche es insuficiente para reparar sus fuerzas, y con frecuencia suelen perderlo, porque durante él están disminuídas las combustiones de los ácidos por el retardo que sufren las oxidaciones, acumulándose por ello más ácido oxálico

en la sangre. Este conjunto de manifestaciones nerviosas pueden exagerarse hasta el punto de traducirse en formas de gastroneurosis rebeldes, determinadas sólo por la oxaluria concomitante. Sin embargo de esto, ciertos neurósicos pueden presentar oxaluria sin que haya reacción alimenticia, efecto sólo de la perturbación nutritiva que la neurosis acarrea.

La mayoría de los clínicos dudan el juicio diagnóstico que tiene ante ciertos dolores calificados con frecuencia de reumatoideos, y que recordando el lumbago de los neurósicos, se presentan como síntomas prodrómicos en los sujetos que más tarde presentan el conjunto clínico de la *osteomalacia;* tanto es de tener en cuenta estas neuralgias rebeldes, estos dolores sordos é intermitentes que al presentarse á veces con ciertos paroxismos agudos, pueden reproducir el tipo de una neuralgia histérica en una mujer que más tarde, con motivo de un embarazo ó puerperio, ofrece á más de los síntomas dolorosos, ciertas deformaciones, que anuncian un seguro diagnóstico.

Entre las diátesis lipógenas, la *obesidad* presenta de hecho síntomas neurósicos; pero su carácter de apatía funcional del sistema nervioso se relaciona, como la de otros órganos, con la atonía general de que estos sujetos son víctimas, y las alteraciones que por exaltación pueden presentarse, se deben á la pobreza hemática dependiente de la polisarcia anémica ó bien á trastornos circulatorios, tan frecuentes por los accidentes cardiovasculares que sufren estos enfermos. (*Continuará*).

REVISTA DE OFTALMOLOGÍA

POR EL DOCTOR

D. SINFORIANO GARCÍA MANSILLA

Oculista del Hospital General y Hospicio. Profesor de Oftalmología en la Facultad de Medicina de Madrid.

SUMARIO: I. Relaciones entre ciertas afecciones oculares y la fisiología y patología del aparato genital de la mujer. — II. Queratitis parenquimatosa post traumática. — III. Importancia del tratamiento general en las afecciones oculares. — IV. Sobre la extirpación del saco lagrimal. — V. Tratamiento de la úlcera de la córnea por la quinina.

I. Por muchos siglos se juzgó la coexistencia de los procesos del útero y de los ojos como expresión de un estado general, de una misma diátesis ó del sistema nervioso, hasta que los grandes pro-

gresos realizados por la ginecología moderna, secundados por la microbiología, nos dieron la clave para descubrir las metastasis que interesan la visión en el estado puerperal, siguiendo el proceso de la infección por medio de las investigaciones bacteriológicas que establecieron el enlace entre uno y otro órgano.

La menstruación, con ser función normal, da lugar en ocasiones á una *erupción en la córnea*, análoga á la herpética que se observa con más frecuencia en los labios, como igualmente por un fenómeno de compensación bien conocido del aparato vascular, á una *congestión venosa del fondo del ojo*, *hemorragias retinianas* y *papilitis*.

Las anomalías del período se hacen ostensibles *por el estrechamiento del campo visual*, prácticamente demostrable cuando es escasa la hemorragia. La amenorrea se acompaña en ocasiones de *queratitis intersticial* y de *coroiditis atrófica*, afecciones que mejoran tanto con la medicación local como con los emenagogos. Los accidentes, *congestiones y hemorragias de la conjuntiva y del fondo del ojo*, no son raros en la amenorrea.

La dependencia del útero y del ojo se evidencia en la pubertad, cuando hay dificultad para establecerse las primeras reglas, pues en ciertos casos ha dado lugar á *neuritis ópticas*, que han llegado hasta la *atrofia*.

La dismenorrea confirmada provoca los mismos fenómenos oculares que la amenorrea, pero la forma que prepondera es la *iridocoroiditis subaguda* con fenómenos *glaucomatosos*. Cuando la enfermedad primitiva depende de un estado general, se presentan los accidentes oculares con el sello propio de la diátesis; así se explica cómo la escrófula engendra la *oftalmia flictenular* unida á la dismenorrea. Si esta enfermedad depende de una lesión como la desviación del útero, se observan trastornos oculares muy variados, que consisten en *ambliopias*, *hiperestesias* ó *anestesias* ó una variedad de *astenopia*. Estos accidentes, que Borel atribuye á la histeria, se consideran por Cohn como de origen reflejo, apoyándose en casos en que se observan dichos fenómenos en sujetos que por temperamento ó edad no se podría sospechar la histeria.

La supresión brusca de la menstruación repercute, como compensación, del lado de los ojos; entonces se observan *hemorragias del fondo del ojo* y de la cámara anterior, *neurorretinitis*, *trasudaciones sanguíneas en el cuerpo vítreo*, accidentes que pueden ocasionar otras lesiones más graves, como *desprendimiento de la retina* y *atrofia* de los nervios ópticos.

En el embarazo se observan fenómenos de acomodación y de astenopia muscular originados por la astenia propia de ese estado, y también con alguna frecuencia la *retinitis albuminúrica*; en este caso la retina, y sobre todo la capa de los bastoncillos, es asiento de una infiltración que sufre rápidamente la transformación grasosa. El oftalmoscopio demuestra unas manchas blancas diseminadas alrededor de la papila y en la mácula, debidas probablemente á la alteración de la sangre en la albuminuria. Hay que distinguir la retinitis albuminúrica de la amaurosis urémica; en ésta la ambliopía sobreviene en diez ó doce horas y se acompaña del síndrome de los fenómenos urémicos; la pupila está generalmente inmóvil y los ataques de eclampsia han hecho pensar si se trataría de fenómenos reflejos del útero grávido y éste vendría á ser una zona epileptógena.

En fin, en el curso del embarazo pueden observarse la ambliopía ictérica originada por la alteración directa del líquido sanguíneo de los pequeños vasos intrarretinianos, el glaucoma y la exoftalmia pulsátil dependiente de lesiones vasculares.

En el trabajo del parto se observan los mismos trastornos oculares que durante el embarazo, como igualmente pueden presentarse durante las primeras semanas del puerperio, si bien en este período son más frecuentes las *embolias de las arterias ciliares*. Si el puerperio se acompaña de fenómenos sépticos, puede desarrollarse una infección del ojo y llegar á la *panoftalmia*, verdadera metastasis cuando procede de la flegmasía alba dolens.

Durante el período de la lactancia no se observa nada de particular sobre lo observado en los estados asténicos del embarazo. Como la astenopía, la *neurorretinitis* llega hasta la atrofia ó la hemeralopía.

En resumen, el útero juega un papel principal en sus relaciones con las enfermedades de los ojos: puede ser causa única, causa determinante, en la mujer afectada de histeria, reumatismo, linfatismo, etc., ó bien no tener más relación que la de pura coexistencia las afecciones de ambos órganos. (*Revista de la Corporación «Estudios Médicos»*, Quito, agosto de 1905).

II. El Dr. Terlinck ha publicado en la *Clinique Ophtalmologique* núm. 3, 1906, un trabajo sobre la queratitis parenquimatosa pos traumática.

No se encuentra señalado el traumatismo como causa de la queratitis parenquimatosa como no sea en algunos Tratados recientes (Darier, Grunow y Terrien). No es raro encontrar sujetos de aspec

to enfermizo atacados de escrofulosis ó sospechosos de heredosífilis presentar infiltraciones intersticiales de la córnea á consecuencia de cuerpos extraños. El autor señala los siguientes casos:

Joven de diecisiete años, herrero, de aspecto escrofuloso, con dentición muy irregular, fué herido y tenía en el centro de la córnea una pajita de hierro, rodeada de una infiltración intersticial difusa, que se extiende á casi toda la córnea. Extracción; atropina. A los dos días la infiltración se ha extendido todavía más, pero es más densa en la periferia de la córnea. A los ocho días la infiltración desapareció por completo.

El segundo caso es un hombre de veintiún años, cuyo padre murió de parálisis general, y su madre ha tenido varios abortos. Fué atacado, el 24 de octubre de 1904, en el ojo derecho por argamasa; se presentó á la consulta el 27 y fué curado como quemadura de la córnea por la cal. A las seis semanas fué examinado por el autor y presentaba una infiltración parenquimatosa muy densa en toda la córnea del ojo derecho, con vascularización periférica y gran fotofobia. A principios de febrero se interesó también el otro ojo (principiando por el limbo de la córnea), y el enfermo fué internado en el Hospital de San Juan de Bruselas.

La afección ha evolucionado de un modo grave en ambos ojos: las inyecciones de lipiodol han influenciado favorablemente la afección. El 13 de octubre la visión era de $^1/_{10}$ en ambos ojos, y existían extensas opacidades en ambas córneas.

En este caso la quemadura ha sido la lesión inicial, y la irritación causada por ella ha sido la causa de que se transforme en queratitis parenquimatosa típica grave. El enfermo presenta caracteres de heredosífilis suficiente para que se pueda decir que el traumatismo no ha sido más que el factor ocasional, el *primum movens* del proceso patológico desarrollado en el ojo quemado.

Perlia y Guillery han demostrado que se puede considerar como adquirido el siguiente principio de patología general. «Un traumatismo puede provocar la aparición en el sitio lesionado de una afección de naturaleza constitucional». En efecto, la alteración de los tejidos los predispone bien á la acción de una toxina que circule en el organismo, ó bien á la acción directa y á la multiplicación de microorganismos. La bilateralidad de la afección ha sido considerada por ciertos autores como un argumento contra la acción etiológica del traumatismo, y creen que la afección es puramente constitucional. Sin embargo, sin creer en una confusión con los fenómenos sim-

páticos verdaderos, las conexiones vasomotrices entre los dos ojos nos suministran una explicación de la mencionada complicación. Esta acción vasomotriz del ojo primitivamente atacado, crea en el otro un estado de menor resistencia que favorece la acción de la toxina; esta influencia prepara el terreno siguiendo otra vía, pero por un proceso comparable al que tiene lugar en el ojo traumatizado.

Existen, sin embargo, ciertos casos en los que falta la base constitucional, y que no deben interpretarse de la misma manera. Se trata de casos en los que está interesado un ojo solamente.

¿La queratitis parenquimatosa puede ser consecutiva á un traumatismo lejano? Véase la siguiente observación recogida en el servicio de M. Gallemaerts. Hombre de treinta y dos años, obrero, sin antecedentes patológicos, presenta prognatismo inferior y dentición irregular. El 7 de octubre de 1905 sufrió un fuerte traumatismo en la región parietal derecha, por la caída de un trozo voluminoso de hierro. Este accidente fué seguido de un síncope prolongado, y localmente sólo tuvo una contusión.

El enfermo observó al siguiente día un ligero enturbiamiento de su vista, que cinco días más tarde le impide el trabajo en la fábrica, por lo cual trabaja en el campo. A los tres días vuelve á la fábrica, y como no puede trabajar, llama al médico. Este comprueba, el 22 de octubre, la existencia de una queratoconjuntivitis, y el enfermo ingresa en el Hospital el 28

Al examen, las conjuntivas están normales, existe en los dos ojos una mínima inyección periquerática. En el ojo derecho existe una infiltración única de forma oval, situada hacia abajo y adentro del centro de la córnea; es densa, grisácea y de milímetro y medio de diámetro. El sitio de esta lesión es profundo y la areola de la mancha se colorea por la fluorescencia.

En el ojo izquierdo existen otras muchas infiltraciones del mismo aspecto que las del derecho, reunidas por una infiltración difusa profunda que se colorea también por la fluorescencia. La agudeza visual es de $^1/_3$ en cada ojo. Tratamiento: atropina.

El 12 de noviembre la areola difusa ha desaparecido; existen opacidades á nivel de las infiltraciones densas.

Es admisible que el accidente de que el enfermo ha sido víctima haya provocado por influencia vasomotriz una alteración de las funciones secretorias del cuerpo ciliar, y también la alteración del endotelio corneano y las infiltraciones intersticiales consecutivas.

La forma que ha revestido la afección merece ser notada; puede

ser clasificada entre las formas descritas con el nombre de queratitis profunda. No se observaron vasos.

Es indudable, según Gallemaerts, el origen traumático de dicha afección.

III. Ramsay (de Glasgow), como Panas, quiere que el especialista sea ante todo un médico que conozca toda la patología, no dejando nunca de estar al corriente de toda la medicina. El tratamiento local no debe tener nunca una extensión exagerada. La bacteriología ha demostrado el papel del terreno, al lado del papel del microbio. Igualmente la salud de los sujetos á quienes se va á operar de cataratas debe ser vigilada; así como la miopía puede ser atajada por gimnasia cuidadosa, también la vista débil de ciertos niños puede ser mejorada por la vida al aire libre y la cesación de los estudios. En suma, la enfermedad no es una entidad morbosa, sino un proceso natural que el médico debe conducir por su vía normal hasta recobrar la salud.

De aquí el uso de los mercuriales y de los salinos para las iritis, los sudoríficos en la neuritis retrobulbar, el paseo por mar ó el aire seco de las montañas para la ambliopía tóxica. El ejemplo más típico es la oftalmía linfática, debida á la estancia en casas insalubres. Todo el organismo está afectado. En ella la buena alimentación, los baños, el aire seco, etc., son los medios más eficaces para obtener la curación. (*Archivos de Medicina y Cirugía especiales*, octubre de 1905).

IV. El Dr. Terson ha expuesto su opinión sobre la extirpación del saco lagrimal en la Sociedad Oftalmológica de París, con motivo de un trabajo sobre este asunto presentado por el Dr. Jocs.

Terson no cree que la extirpación sea la sola operación radical en las dacriocistitis purulentas rebeldes.

Muchas dacriocistitis purulentas curan por las inyecciones de nitrato de plata, de protargol, de argirol y por medio del raspado, si se añade la abertura total del canalículo superior hasta la carúncula para poder pasar sondas gruesas. Sorprende el ver que esta operación esté tan abandonada cuando cura á enfermos á los que se había aconsejado la extirpación del saco.

Hay casos que no curan. En estos enfermos la extirpación, la cauterización química, la cauterización ígnea, es decir, las diversas clases de destrucción del saco, deben ponerse en práctica.

La extirpación está formalmente indicada en los casos de dacriocistitis enquistadas; puede ser hecha en otros casos donde hay algo

de [illegible] en saco cuando el enfermo es muy reciente; pero los enfermos no se creen satisfechos con este tratamiento, puesto que las curaciones definitivas son más raras que con la desarrocoia ígnea usual. Esta debe frecuentemente ser combinada con el fin de obliterar la región [illegible] é impedir la reinfección por el conducto nasal. El autor practica siempre la cauterización con el termocauterio olivar, que volatiliza el saco, como Richet lo hacía para las hemorroides.

Si se tiene cuidado de retraer la piel, no es quemada y no queda cicatriz. Este procedimiento necesita de quince á dieciocho días de taponamiento, pero las recidivas son excepcionales si se ha cauterizado hasta el hueso y empleado el termocauterio de bola y no el galvanocauterio, que aquí es completamente insuficiente. En muchos casos es suficiente la anestesia á la cocaína, combinada con la anestesia general al bromuro de etilo en el momento de la cauterización. Las recidivas proceden, ó de la tuberculosis nasal ó de una operación insuficiente, que debe ser repetida.

Esta operación es, según el autor, la operación que debe escogerse. Las cauterizaciones químicas (nitrato, cloruro de zinc), convienen á ciertos casos, pero no son siempre suficientes.

La pinza hemostática de dientes de ratón de Kocher es utilizable en el curso de las extirpaciones. La estovaina tiene el inconveniente de favorecer la hemorragia en sábana.

En suma, en los casos raros en que conviene adoptar una operación de obliteración, supresión del saco, la extirpación, las cauterizaciones ígneas al termocauterio, las cauterizaciones químicas tienen indicaciones que es menester determinar en cada caso particular. (*La clinique ophtalmologique*, núm. 2, 1906).

V. Cuando el tratamiento ordinario de la úlcera de la córnea ha fracasado, el Dr. Lawson emplea la quinina. Los mejores casos para el empleo de la quinina son: la úlcera marginal en escalera, la úlcera infecciosa é infiltrante, si no es agudísima de gran hipopión, la úlcera neuroparalítica y la anular. El sulfato, el clorhidrato y el sulfato ácido son muy usados; los dos últimos son más solubles, pero el primero es más activo. Si en una semana no ha dado resultado es inútil insistir. La cicatriz es reducida y con frecuencia se hace transparente. (*Archivos de Medicina y de Cirugía especiales*, noviembre de 1905).

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 16 de Abril de 1906.

Acrobatismo lingual.—El Dr. Tapia: Esta palabra, empleada por Delsaux al describir dos casos de movilidad anormal de la lengua, es muy gráfica. Los seis casos con que cuenta la literatura médica son muy interesantes por lo excepcionales, pero el que refiere bate á todos el *record* y aspira al campeonato del acrobatismo lingual. Un joven, estudiante de medicina, fué á su consulta para tratarse una rebelde forunculosis del conducto auditivo. Un día le dijo que tenía hipertrofiada su amígdala faríngea; y aquí viene lo estupendo del caso. Este enfermo no sólo sabía por el tacto lingual que tenía tal hipertrofia, sino aun que albergaba cinco surcos que, partiendo de un agujero posterior, se dirigían hacia adelante divergentes como las varillas de un abanico. Lo aseguraba, porque lo había tocado mil veces con la lengua..... y, en efecto, la rinoscopia posterior confirmó la existencia de la hipertrofia de esta amígdala y la disposición surcada tal como él la describía.

Quiso comprobar la realización de este asombroso hecho, y el enfermo accedió presuroso, haciéndole presenciar una sesión en extremo interesante y rara. Primero dirigió la punta de la lengua hacia el lado derecho, siguiendo el borde dentario, y doblándola en sentido anteroposterior á medida que la aproximaba al istmo de las fauces, hasta introducirla detrás del velo. Si en esta disposición se le dice que abra la boca, el aspecto de esta cavidad es sumamente raro; se ve cómo el velo cubre parte de la cara inferior de la lengua y cómo el repliegue central de ésta, el frenillo, parece ser la continuación de la úvula.

Los movimientos que puede practicar con la lengua en el interior del cavum, son los siguientes:

Obtura á voluntad una ú otra retroventana nasal. Para demostrar esto, fuma y devuelve el humo alternativamente por la fosa nasal, que deja sin obturar.

Limpia de mucosidades toda su faringe nasal.

Averigua la forma y el tamaño de su amígdala faríngea.

Analiza los detalles anatómicos del cavum, toca el borde posterior del septum, la cola de los cornetes, el orificio de desembocadura de las trompas, etcétera.

Introduce la lengua por las retroventanas en las fosas nasales. Para convencerse de la veracidad de esta última afirmación, hizo la rinoscopia anterior, y como existía hipertrofia de los cornetes, embadurnó antes la fosa nasal con adrenalina (verdadero *espéculum químico*), y con gran asombro vió

la punta de la lengua asomar y moverse en el fondo de la fosa nasal correspondiente. ¿Qué circunstancias concurren en los individuos capaces de realizar el cuadro descrito anteriormente?

a) Condiciones anatómicas.— Poca adherencia de la lengua al suelo de la boca por longitud excesiva del frenillo ó por su ausencia. Situación muy anterior del velo palatino. Mayor longitud de la lengua que de ordinario. Laxitud exagerada de la aponeurosis del velo.

Esta última condición, no mencionada por los autores, es á su juicio el factor más importante en este caso, y conviene que sea explorada en todos los de esta índole, pues tal vez en algunos que se dice que la bóveda ósea es corta, ocurra que no hay tal cortedad, sino que la aponeurosis del velo es flácida.

Por la gran resistencia de la aponeurosis stafilina, todos sabemos que en los individuos de conformación normal no se puede apreciar por el tacto dónde termina el paladar duro y comienza el blando. En nuestro caso, esta diferencia es perfectamente apreciable por el contraste entre la dureza del borde de la bóveda ósea y la flacidez del velo. En estas circunstancias, está favorecida la penetración de la lengua en la faringe nasal, por la poca resistencia que le opone el velo.

b) Condiciones fisiológicas. — La aptitud que la mayoría de estos individuos tiene para fraccionar el movimiento muscular de su lengua es innata. Pero hay algunos que, reuniendo adecuadas condiciones anatómicas, no llegan á realizar estas maniobras sino después de continuado ejercicio (caso segundo de Delsaux).

El mecanismo de estos movimientos es este: en el primer tiempo entran en función los músculos hioglosos de los dos lados para deprimir la lengua y propulsarla hacia atrás. En el segundo tiempo, los músculos palato, faringo y estiloglosos (los de un lado en nuestro enfermo y los de ambos lados en los que desde el primer momento doblan la lengua hacia atrás y arriba), entran en contracción juntamente con el lingual superior. En el tercer tiempo, los músculos geniglosos que habían permanecido relajados, se contraen ahora, pero sólo por sus fibras inferiores, que, como es sabido, dirigen hacia arriba el hioides y con él la base de la lengua. Claro está que, al entrar en contracción esta porción de los geniglosos, se relajan los músculos hioglosos que son sus antagonistas.

Los movimientos de lateralidad que ejecuta la lengua dentro de la faringe nasal se explican fácilmente por la contracción de los respectivos músculos insertos en sus caras laterales. En cambio, el mecanismo de la introducción de la punta de la lengua en la fosa nasal por sus orificios posteriores, es algo más difícil de ser intrepretado: aquí interviene la contracción de las fibras superiores del genigloso; estas fibras, que se insertan e la apófisis geni y van á la punta de la lengua, dirigen la punta hacia aba jo cuando la lengua está en posición normal, y no podrían limitar su acció exclusivamente á la punta para introducirla en la fosa nasal, si no se apo yase la lengua en el borde inferior del orificio posterior de la cavidad na sal; de este modo, el borde óseo quiebra la contracción y sirve de punto d apoyo, traduciéndose el efecto útil exclusivamente por la propulsión de l punta de la lengua hacia adelante.

El Dr. *Fábregas* cree que la palabra acrobatismo es impropia, y cita en su apoyo lo que dice el Diccionario de la lengua.

El Dr. *Tapia* no duda que el nombre es algo impropio, pero es muy gráfico.

Luxación congénita de la cadera.—El Dr. *Goyanes* presenta una enferma á quien redujo la luxación congénita de ambas caderas por el procedimiento de Lorenz. Presenta radiografías de antes y después.

Con este motivo hizo una minuciosa exposición de las teorías etiológicas y patogénicas de la luxación congénita, de los métodos diagnósticos y de los procedimientos terapéuticos. Hizo resaltar que lo fundamental del procedimiento de Lorenz es mantener la extremidad en abducción con un apósito escayolado para evitar que vuelva á luxarse.

Un caso de estrechez rectal sifilítica. Colostomía rectal retropróctica. — El Dr. *Goyanes*: Esta enferma á quien presenta casi radicalmente curada, y que retiene perfectamente el bolo excrementicio, ha sido operada por él con arreglo á un procedimiento suyo y que tiene como precedentes la sección del colon pelviano por encima de la estrechez con la exclusión del cabo rectal que practica Rotter, y las tentativas cadavéricas del Dr. San Martín para obtener un ano perineal, pero se diferencia esencialmente de éstos por utilizar una nueva vía para atraer hasta el periné el cabo superior del colon seccionado: la vía retrorrectal. Utiliza el esfínter del ano como esfínter colostomósico, pero á diferencia de Rotter, hace independiente el orificio colostomósico quirúrgico del recto enfermo.

He aquí su procedimiento :

Primera parte (abdominal).—Posición de Trendelenburg extremada. Laparotomía media desde el ombligo hasta el repliegue peritoneal de la cavidad de Retcius, rechazando hasta el diafragma las asas intestinales; exploración de la parte alta del recto y del colon pelviano, para practicar en el límite de ambos un ojal en el mesocolon que se extienda desde su inserción intestinal hasta su base lumbopelviana. Ahora se pasan á través del ojal, y se anudan sobre el intestino, dos mechas de gasa torcida, á algunos centímetros de distancia recíproca; se secciona el intestino con el termo, y se ocluye el cabo inferior por una sutura en bolsa, reforzada con puntos á lo Lambert.

Practicada la oclusión del cabo rectal y excindido el recto, se ve al nivel de la base del sacro que las dos hojas del mesocolon divergen para aplicarse á la pared pelviana posterior, dejando entre sí un espacio triangular repleto de tejido conjuntivo laxo y vasos que quedan á la vista, sin que sea preciso ligarlos. Insinúanse uno ó dos dedos por este espacio, despegando suavemente el tejido celular retrórrectal de la excavación sacra, hasta alcanzar la punta del coxis; esta maniobra exangüe se hace en el vivo en cuatro minutos.

Segunda parte (perineal).—Dispuestas así las cosas, se cierra provisionalmente la cavidad abdominal y se coloca al enfermo en posición de talla. Se hace una incisión semicircular que siga la mitad posterior de la margen del ano, y se va disecando la mucosa rectal en todo su perímetro posterior, separándola del esfínter hasta alcanzar el límite alto de la zona esfintérica rectal.

[illegible]

[illegible] las ataxias del Dr. Becerro, [illegible] que se apartan á la técnica y sólo [illegible] la operación por vía abdominal es el primer tiempo, y que cuando hay que maniobrar combinadamente un ayudante en campo de lo abdominal y el operador de lo perineal. Además, el [illegible] y se maniobra sobre un recto excluido.

PERIÓDICOS

Tratamiento de la endometritis crónica por el método de Menge, ó sea con la solución de formalina. — El Dr. Francisco Botín, publica en la *Revista Iber[illegible] Americana de Ciencias Médicas*, el artículo referente á este asunto que e[illegible] tractamos á continuación:

«Convencido el Dr. Menge de la ineficacia de las substancias antisé[illegible]ticas y astringentes que ordinariamente se emplean para la cura local [illegible] la endometritis crónica, y de los peligros á que exponen las substanci[illegible] cáusticas, en particular el cloruro de zinc, publicó en 1901 una monograf[illegible]

acerca de las ventajas de la formalina, por él empleada en 160 enfermas, con resultado completamente satisfactorio.

Publica el Dr. Botín algunos casos, de los cuales, como ejemplo, publicamos el referente á Agustina Gutiérrez, de cuarenta y dos años de edad, casada, natural de Cuenca. Primera regla á los catorce años, siguiendo normal hasta hace seis. Tres partos normales, el último hace ocho años.

Puerperios normales.

La enferma aqueja desde hace seis años molestia y sensación de peso en el bajo vientre, aumento en la cantidad de sangre menstrual y en la duración (siete y ocho días), repitiéndose algunos meses dos veces con la misma abundancia y duración. Dolores lumbares. Flujo blanco en las épocas intermenstruales.

Cuello uterino engrosado, reblandecido; orificio externo bastante dilatado. Matriz en ligera retroflexión, aumentada uniformemente de volumen, de consistencia blanda y movible. Puesto al descubierto el cuello con el espéculo, fluye por él una secreción abundante blanco-amarillenta y poco pegajosa. No hay lesiones en los genitales externos. Con el histerómetro se aprecia la mucosa uterina blanda, prodúcese algo de dolor, y al retirar el instrumento sale una pequeña cantidad de sangre. La matriz medía 11 centímetros.

Endometritis glandular.

Cura intrauterina con la solución de formalina al 30 por 100.

El día 1.° de febrero de 1905 colocó á la enferma un tallo de laminaria (número 8). A las veinticuatro horas se retira el tallo y se hace la primera cura. A las cuarenta y ocho horas, al quitarse la enferma la gasa yodofórmica, se produjo una hemorragia algo abundante, y se agudizaron los dolores lumbares. El día 7 de febrero se hace la segunda cura, volviendo á reproducirse la hemorragia y los dolores. Esperó que se calmara ese estado, y el día 15 se hizo la tercera cura con solución al 20 por 100. No hubo novedad; solamente una ligerísima salida de sangre en el momento de la cura, al retirar la torunda de algodón empapada en la solución. Se suspenden las curas por la proximidad de la regla, que se presentó el día 21, durando sólo seis días, sin la abundancia de otros períodos. Cuatro días después de la menstruación se continuó el tratamiento, pero una vez tan sólo á la semana. La regla de marzo duró cuatro días, normal, sin dolores. Continúa algo de flujo blanco. Dos curas más, y la enferma viene á la consulta después de la regla de abril, que dice ha tenido normal y sin molestia de ninguna especie. La leucorrea ha desaparecido. La matriz mide siete y medio centímetros. Alta.

Total: nueve curas hechas á la enferma.

Para practicar las curas procede de la siguiente manera: Lo primero es conseguir una suficiente dilatación del cuello, para lo cual emplea la laminaria, colocando un primer tallo (previa una desinfección vulvo-vaginal), que se retira á las veinticuatro horas, para sustituirlo por un número más grueso, y así sucesivamente los que sean necesarios (en los casos de mayor estrechez del cuello, le han bastado cuatro). Conseguida la dilatación, hizo la primera cura en el momento de retirar el último tallo. Desinfección personal y de la región vulvo-vaginal con la misma escrupulosidad que se

haría para la más importante operación quirúrgica, así como de todos los instrumentos que se emplean (una valva posterior y una pinza de ganchos para fijar el cuello); irrigación intrauterina con agua esterilizada caliente por medio de la sonda de Doleris (en las curas siguientes antes de este tiempo se pasan dos dilatadores de Hegar números 9 y 10 para sostener la dilatación conseguida). En seguida arrolló al extremo de una varilla de ballena una capa delgada de algodón hidrófilo esterilizado, como de unos cinco dedos de anchura, capa de algodón que se empapa en la solución de formalina, introduciéndola hasta el fondo del útero y paseándola en todos sentidos, dejándola colocada medio ó un minuto: no es necesario más. Retirada la ballena, se hace un abundante lavado vaginal para arrastrar el líquido, sangre, etc , que sale del útero y se seca la vagina con torundas de algodón. Se vuelve á arrollar á la varilla una nueva capa de algodón en la misma forma que anteriormente, pero esta vez seco, y se introduce nuevamente en el útero para que empape el líquido que haya quedado remansado, sobre todo si hay alguna retrodesviación del útero. Finalmente, se lleva hasta la cavidad una tira de gasa yodofórmica, bien con una pinza ó montándola en la misma ballena, y otra tira para taponar ligeramente la vagina. A las cuarentas y ocho horas la misma enferma se quita la gasa, para lo que al colocarla se tiene cuidado de que los extremos de ambas tiras vengan á coincidir en la entrada de la vulva, poniéndose desde este momento una irrigación diaria de agua hervida caliente, añadiendo, para cada litro de agua, una cucharada grande de la siguiente solución: ácido tánito, 40 gramos; agua destilada, 240 gramos. Las cuarenta y ocho horas que las enfermas tienen puesta la gasa, deben guardar mucha quietud.

La dilatación es necesaria, no sólo para facilitar el desagüe, y por otros motivos de todos sabidos, sino tambien porque al hacer el toque intrauterino, un cuello estrechado exprimiría la mecha de algodón empapada con la solución, llegando seca á la cavidad del útero.

Nada ha encontrado como la laminaria para dilatar el cuello: es mucho menos molesta para las enfermas que la dilatación gradual con bujías y que otros procedimientos, y más duradera; y haciendo guardar á aquéllas quietud absoluta en cama los días en que se colocan los tallos, no ha visto que pase nada. A las enfermas números 2 y 7 las colocó tres tallos; á la enferma número 8, cuatro, sin ningún inconveniente.

Además, el tallo de laminaria tiene la ventaja de que cuando por cualquier motivo no se ha podido diagnosticar un proceso anexial, peri-anexial etcétera, nos avisa con los trastornos que produce (dolores agudos, vómitos, frecuencia de pulso) que debemos abstenernos de la intervención en proyecto, por sencilla que sea. Fargas dice, en el tomo segundo de su obra, que siempre que se sospeche algo anexial, aunque esté apagado, se tome como piedra de toque la aplicación de laminarias. En la enferma número 4 el proceso inflamatorio del ligamento era muy limitado, y sin manifestación ninguna; esto le animó á emprender en seguida el tratamiento; sin embargo, el tallo fué el centinela avanzado que dió la voz de alarma. La dilatación con la laminaria no debe producir más que pequeñísimas ó ninguna molestia. En caso contrario, nada de paliativos: quitar el tallo y no seguir adelante.

En resumen: los casos que ha presentado, y otros que están en tratamiento en el Instituto Rubio, prueban que la mayoría de las endometritis, aun las de forma hiperplásica caracterizada por las hemorragias, son curables sin necesidad de acudir al raspado uterino. Lo mismo puede decirse de las post abortum, siempre que no haya hiperplasia glandular ó lesiones profundas intersticiales.

Las metritis cervicales, cuando no son de forma hipertrófica muy acentuada ó no hay en el cuello desgarros profundos (en cuyo caso hay que acudir á otros medios que no hay para qué relatar), también son curables.

En las endrometritis glandulares hiperplásicas y en las de forma mixta ha tenido que acudir á la legración.

Desde la segunda cura, ó á lo más la tercera, empieza á notarse la mejoría; en general, puede decirse que endometritis que á la cuarta cura no ha empezado á ceder es un candidato al raspado». — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 2 de Mayo de 1906 (1).

Estrechez uretral congénita. — El Dr. BAZY: La observación de que voy á ocuparme nos ha sido dirigida por el Dr. Rouvillois. Se trata de un hombre que padecía desde su infancia incontinencia de orina, más acentuada por la noche. Durante el día orinaba 4 ó 5 litros. Padecía además hipospadias, síntomas de neurosismo y hasta signos de degeneración.

Con una candelilla núm. 16 se descubrió á doce centímetros y medio del meato urinario una estrechez que el Dr. Rouvillois consideró congénita por las razones siguientes: coexistencia de un hipospadias, falta de blenorragia anterior y emisiones con esfuerzo de la orina á cada micción.

Aneurisma de la arteria axilar. — El Dr. LOISON: El sujeto objeto de esta observación se disparó un tiro de revólver en dirección de la axila. El orificio de entrada de la bala, situado en la parte anterior del tórax, y el de salida, que se hallaba cerca del borde espinal del omoplato, hacían suponer que el proyectil no había penetrado en la cavidad torácica, creencia que fué confirmada después. Al día siguiente se comprobó la persistencia del pulso radial, mas ciertos trastornos de la movilidad y de la sensibilidad en las esferas de los nervios cubital y radial, accidentes que persistieron sin agravarse varios días. Pero un mes después existía en la axila un tumor

(1) A causa de la huelga de los obreros tipógrafos de París, no se han publicado las sesiones de los días 18 y 25 de abril.

con todos los caracteres de aneurisma arterial. Se decidió intervenir. Encontré una bolsa que ocupaba toda la longitud de la arteria axilar, y aunque conseguí dejarla libre en parte de su extensión y separarla del nervio mediano, no me fué posible aislarla de los nervios radial y cubital. Tuve que desistir de mi intento, limitándome á ligar el vaso por encima y por debajo de la radial. Volví á ver al enfermo algún tiempo después de la operación. El tumor había desaparecido, pero no se apreciaba el pulso radial; había además parálisis completa del radial y del cubital. Ningún trastorno trófico en la mano.

Esofagotomía interna por cuerpo extraño esofágico.—El Dr. Richelot: Hay pocas oportunidades de practicar esta operación, indicada, sobre todo, cuando el cuerpo extraño es una dentadura postiza. Sólo he intervenido en dos casos de este género. La primera vez se trataba de una joven. Intenté extraer el cuerpo extraño con el cestillo de Græfe, pero en vez de extraerle se desenganchó el cestillo, que fué deglutido. Al día siguiente la enferma tuvo fiebre y después pleuresía purulenta que produjo la muerte. Al hacer la autopsia se vió que las puntas de la dentadura habían perforado el esófago y la tráquea, y hubiera sido imposible movilizarla con instrumento alguno.

El segundo caso es más reciente. Un aldeano deglutió su dentadura postiza, que fué imposible extraer; al día siguiente el enfermo se encontraba mal, y al tercero llegó á París. La deglución era imposible en absoluto. Era un domingo, día en el que no se consigue siempre tener los instrumentos necesarios. No obstante, intenté la extracción con una pinza y el gancho de Kirmisson, que no lograron extraer el cuerpo extraño. Al día siguiente repetí sin éxito las mismas maniobras, no siendo más afortunado con el cestillo de Græfe. El enfermo estaba rendido y rogó le dejaran tranquilo.

Al otro día practiqué la esofagotomía externa; los labios de la herida profunda fueron suturados, excepto en su parte inferior, colocando un tubo permanente de desagüe; á los pocos minutos practiqué la gastrotomía, que creo preferibles á colocar en el esófago una sonda permanente para la alimentación. El enfermo murió á los pocos días de congestión pulmonar. Deseo saber qué harían mis colegas en casos análogos.

El Dr. Sebileau: Haría todo lo contrario, porque cuando se trata de una dentadura postiza ó de algún cuerpo puntiagudo, la esofagotomía externa se impone inmediatamente. Es casi seguro que con una operación precoz este enfermo no hubiera sucumbido á causa de los accidentes infecciosos que ocasionaron la muerte. El Dr. Richelot dice que las suturas del esófago no dan resultado, pero he visto dos casos en los que le dieron.

El Dr. Pozzi: Cuando se deglute una dentadura postiza ó un cuerpo puntiagudo, las tentativas de extracción, aun prudentes, son más perjudiciales que la operación. Una vez conocido el sitio que ocupa el cuerpo extraño, es preciso practicar sin pérdida de tiempo la esofagotomía. Cuanto á la sutura de los labios de la herida esofágica, no veo por qué no ha de hacerse. No la rechazo ni tampoco el empleo de la sonda permanente, porque en otros casos he visto que es perfectamente tolerada.

El Dr. Picqué: Creo que el Dr. Richelot debió averiguar por la radio-

grafía el sitio en que estaba detenido el cuerpo extraño. Soy partidario de la esofagotomía precoz y de la sutura.

El Dr. Tuffier: Este asunto fué discutido aquí hace dos años, y todos estuvimos contextes en aconsejar la esofagotomía inmediata cuando las tentativas prudentes de extracción por las vías naturales han fracasado. Es verdad que la sutura fracasa á veces; pero, no obstante, debe intentarse, porque en caso de éxito favorece la curación.

El Dr. Kirmisson: No estaba indicado emplear mi gancho en este caso, porque sólo sirve para enganchar cuerpos redondos, como las monedas. Tratándose de una dentadura artificial, debe recurrirse á la esofagotomía.

El Dr. Delbet: Una dentadura artificial jamás debe intentar extraerse por las vías naturales. Es una práctica peligrosa. He extraído una por la incisión del esófago; suturé con éxito el esófago, y el operado curó por primera intención. En otro caso, operé para extraer un trozo de hueso roto en dos pedazos, uno de los cuales fué deglutido. La sutura sólo fué eficaz en parte, á pesar de lo cual el enfermo curó perfectamente. No soy partidario de la sonda permanente. Excita la secreción de la saliva, que es deglutida y, séptica, se pone en contacto con la herida esofágica. Es preferible no emplearla y dejar sin alimentarse á los enfermos varios días, porque conviene que el esófago quede en reposo.

El Dr. Sebileau: No es necesario colocar la sonda esofágica para que la saliva sea deglutida y transporte la infección á la herida esofágica. El esófago no permanece en reposo absoluto.

El Dr. Quénu: La comunicación que hice hace dos años recayó en un caso de faringotomía lateral, que fué seguida de curación rápida; pero la faringotomía ó la esofagotomía debe ser precoz cuando es deglutida una dentadura artificial.

El Dr. Richelot: He indicado por qué razón no operé á mi enfermo hasta los tres días. Soy partidario de la intervención precoz. Hice en parte la sutura y agregué la gastretomía, que no agravaba la situación, para conjurar ciertos accidentes.—F. Toledo.

SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE PARÍS

Sesión del día 15 de Mayo de 1906.

Blenorragia y flemón de gonococos en un niño de diez meses.—El Dr. *Froget* refirió el caso siguiente, observado en la clínica del Dr. Appert. Ingresó en ella un niño de diez meses, con blenorragia uretral perfectamente caracterizada. A los pocos días se vió aparecer en la parte posterior de la cabeza y en la nuca, un gran infarto de aspecto flemonoso, con edema enorme; esta tumefacción flemonosa disminuyó de volumen al día siguiente, quedando sólo dos ó tres puntos de aspecto parecido al del eritema nudoso: la punción de estos puntos, que se hicieron fluctuantes en una pequeña extensión de su parte central, dió salida á unas cuantas gotas de pus, en el que el examen bacteriológico reveló la existencia del gonococo, idéntico al

del pus uretral. La lesión curó sin más tratamiento que el uso tópico de compresas mojadas en agua hervida; la blenorragia tardó también poco en curar á beneficio de los lavatorios del glande y prepucio con la disolución de permanganato de potasa.

Esta observación concuerda con los resultados experimentales de Wertheim, quien inyectando el gonococo debajo de la piel del antebrazo, provocó una tumefacción dura, caliente y dolorosa, que llegó á su apogeo á las treinta y seis horas y principió á disminuir con rapidez á las cuarenta y ocho, no quedando el menor rastro de ella á los pocos días. Estos fenómenos pueden compararse á los de las peritonitis de gonococos de las niñas, peritonitis de principio brusco y que terminan en poco tiempo por la resolución completa. El gonococo vive mucho tiempo en la mucosa, pero en el tejido celular su vitalidad es muy corta.

El origen del contagio en el enfermito del Dr. Appert es dudoso: lo que se sabe es que este niño estuvo tres semanas antes en la clínica y nada se observó en él referente á la blenorragia. Cuanto á la inoculación de la blenorragia en la nuca, puede explicarse por el roce de esta región con las ropas del lecho, manchadas por el pus uretral.

Enfermedad de Barlow.—Los Dres. *Méry* y *Guillemot* presentaron un niño de doce meses, convaleciente de enfermedad de Barlow, sin lesiones gingivales, y en el que la única lesión hemorrágica intersticial era un infarto considerable del talón. La enfermedad principió á consecuencia de una bronconeumonía. El niño ha mejorado con rapidez á beneficio de un tratamiento compuesto de zumo de naranjas y de la alimentación con leche esterilizada.

Gangrena pulmonar en un niño de tres meses. — El Dr. *Guillemot* refirió el caso de un niño da tres meses que expulsaba diariamente, con esfuerzos de tos, pus en abundancia; el carácter fétido del pus fué en aumento hasta la muerte del niño. La autopsia confirmó la existencia de una gangrena pulmonar. El origen de esta gangrena, que fué imposible precisar en vida, era una supuración fétida de la caja. En ésta y en el foco pulmonar existían los mismos microbios anaerobios.—F. Toledo.

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Celebrado en Lisboa del 19 al 26 de Abril de 1906.

Molas y corioepiteliomas.—El Dr. J. Cortiguera: La estadística, que ha registrado hasta 1905 más de 260 casos de corioepiteliomas, y el ser consec tivo este tumor á la expulsión de una mola vesiculosa en la mitad de los c sos próximamente, hace creer que existe una relación intensa entre amb productos morbosos. El existir en el corioepitelioma los elementos anatóm cos característicos de la vellosidad del corion, el syncitium y las células Langhans, y á veces el tejido conjuntivo, es decir, los elementos íntegro principales de la mola vesiculosa, y el presentarse el corioepitelioma de pués de un parto ó un aborto, cuando no va precedido de mola, prueba l

lazos íntimos que existen, según ciertos autores, entre la afección vellosa vesicular y la carcinomatosa.

No sabemos por qué después de la mola, el parto ó el aborto, se forma en la región placentaria un tumor que produce metrorragias abundantes y continuadas, con metastasis frecuentes que contienen, como el tumor, los elementos anatómicos de la vellosidad corial. Se cree que, en virtud de la propiedad que posea la placenta para desarrollar acciones fisiológicas análogas á las de las formaciones cancerosas, la vellosidad se necrosa en su centro y ocasiona la proliferación exagerada de sus elementos constitutivos, del syncitium, sobre todo, y de las células de Langhans en menor grado; que estos elementos presentan una degeneración atípica, el primero con exudación fibrosa y formación de vacuolas y el segundo con hidropesía de las células, según Stoffel.

Se han visto cinco corioepiteliomas después del embarazo paratubario y uno después del intersticial. Hoy, como dice Veit, hay que admitir tumores malignos sin elementos fetales y tumores benignos con ellos, y además que el embarazo trastorna la anatomía y la fisiología de los tumores por su abundancia mayor de jugos, por su aflujo sanguíneo exagerado, etc.

Se ha demostrado que el tejido del corioepitelioma es igual al de la mola, lo mismo dentro del útero que en los nódulos metastásicos formados secundariamente por emigración, y que estos elementos metastásicos, igual que el tumor primitivo, revisten con frecuencia caracteres evidentes de malignidad, y otras veces son susceptibles de curar sin operación. Esta afirmación, que parecerá demasiado optimista, sólo es aplicable á ciertas molas y nódulos metastásicos, pero puede aplicarse también al corioepitelioma y, sobre todo, al deciduoma, según las observaciones de Monod, Emanuel y Franque.

El corioepitelioma, ó epitelioma ectoplacentario de Durante, progresa por dentro de los vasos sanguíneos, al contrario que el carcinoma y el sarcoma; se diferencia de estos tumores en que las metastasis no son siempre malignas y en que cura á veces espontáneamente ó en que no es tan grave en todos sus períodos para el organismo de la mujer. Es verdad que se admite para los resíduos del corion la posibilidad de una vida soñolienta durante cierto tiempo, y que después de un parto ó de la expulsión de una mola entran de nuevo en un período de actividad.

Durante dice que en el período preaséptico los resíduos membranosos ó placentarios se eliminaban casi siempre por necrosis, infecciosa ó no, mientras que hoy, con los cuidados asépticos ó antisépticos, las granulaciones del tumor cubren la herida uterina y se desarrollan en ella como un ingerto cutáneo. Creo, fundándome en los casos que he observado, que esta opinión es infundada.

Al pretender identificar la mola con el corioepitelioma debe citarse el hecho de que Reynier encontró el útero sano en sus operadas de histerectomía por mola. He visto la matriz completamente sana después de una histerectomía por corioepitelioma raspado primero; la enferma murió con metastasis pulmonares; el endometrio estaba sano, pero no la capa subperitoneal musculosa; en este sitio existía una zona de color subido, como

equimótica, saliente y reblandecida, que hubiera originado la ruptura mortal próxima á no evitarla la histerectomía.

He visto 12 casos de molas que terminaron felizmente sin que las enfermas tuvieran metrorragias en los meses y años que siguieron á la expulsión. Ignoro lo que ha sido de cinco de ellas, pero las siete restantes se encuentran bien. Algunas fueron operadas en estado grave, pero todas tardaron poco en curar. En ninguna se han observado síntomas sospechosos de coriocpitelioma, aunque una de ellas expulsó tres molas. No creo exagerada la estadística de Sénarclens, la única que existe. Según este autor, la mortalidad por tumor después de la mola es de 6 por 100 y de 8 por 100 por causas diversas no clasificadas, al parecer las hemorragias y la septicemia. Es de suponer que en el 86 por 100 restante no hubo tumores; lo que prueba que el coriocpitelioma no sigue á la mola con la frecuencia que se cree.

Creo haber observado tres casos de coriocpitelioma, en ninguno de los cuales hubo antecedente de mola ó de abortos. En el primero practiqué dos raspados, porque los padres de la enferma se opusieron á otra operación; en el segundo no se creyó prudente operar, por el gravísimo estado de la paciente; y en el tercero se practicaron un raspado y la histerectomía después. Las tres enfermas murieron con metastasis pulmonares; en una había invasión del parametrio, en otra de la vagina, y en la tercera existían, casi indudablemente, nódulos metastásicos en el hígado.

Síntomas. — La enferma, á poco de expulsar un feto, un embrión ó una mola, sigue teniendo metrorragias, se debilita y palidece, no guardando relación la anemia con la cantidad de sangre perdida; el color de la piel es céreo ó más bien caquéctico, sobrevienen edemas, tos seca con disnea y signos de infartos pulmonares, á causa de los trombus vasculares que existen, según Fargas, en el 90 por 100 de los casos.

El útero está grueso, reblandecido como en el embarazo, menos liso en sus contornos, menos redondo y bastante movible. El cuello es liso y se halla reblandecido casi siempre, pero en otros casos está desgarrado. En ocasiones es permeable al dedo. Hay, por lo general, algún nódulo metastásico del tumor, cuyo análisis histológico confirma el diagnóstico.

Diagnóstico. — Es casi siempre difícil. Cuando la mujer tiene metrorragias á poco de parir ó de expulsar una mola, hay motivos para sospechar la retención de restos fetales ó abortivos. El tacto intrauterino permite apreciar una masa blanduja, parecida á la placenta, y con la cucharilla se extrae un tejido blando y gríseo, mezclado con sangre, más abundante que si se tratase de una endometritis sin importancia ó de la retención de algún cotiledón placentario. El microscopio descubre en este tejido los elementos de las vellosidades coriales.

Si la mujer ha parido ó abortado algunos años antes y las metrorragias se presentan después de un largo período de esterilidad ó de sufrir un raspado, se sospecha más bien un epitelioma del cuerpo de la matriz, no corial, ó un fibroma submucoso, pero el tacto intrauterino y el examen microscópico permiten hacer el diagnóstico. Este es más difícil cuando no hay trastornos uterinos y la enferma presenta signos de obstrucción visceral, porque se han visto morir algunas, dos ó tres meses después del parto, con síntomas de meningitis, congestión pulmonar, etc., encontrándose, al hacer la

autopsia, nódulos trombósicos neoplásicos, aunque el útero estaba sano. En cambio, en otros casos se encuentra un nódulo en la vagina, etc., de naturaleza corioepiteliomatosa, y poco tiempo después presenta el útero los signos físicos de un tumor.

Pronóstico.—Es una enfermedad importante. El tumor es más grave después del aborto que en el término de la gestación, y sobre todo que después de la mola. Operando pronto se obtienen más curaciones que en el carcinoma. La dificultad del diagnóstico contribuye á agravar el pronóstico del corioepitelioma. Según Marchand, es imposible decir, aun empleando el microscopio, qué tumor, qué nódulo, qué mola es de carácter benigno y cuáles otros son de carácter maligno.

Tratamiento.— La profilaxis debe tener por objeto la expulsión completa de la placenta, del embrión ó de la mola. Después de esta expulsión, al parecer total, la mujer queda amenazada de la proliferación de un resto velloso, que podrá formar en lo porvenir un corioepitelioma, mas esto ocurre en un número limitadísimo de casos, y esta posibilidad teórica no es suficiente para adoptar otras medidas terapéuticas, dada la frecuencia de la absorción espontánea.

Si después de una expulsión incompleta, la mujer tiene metrorragias abundantes é incoercibles, debemos hacer el tacto intrauterino y proceder al raspado digital ó instrumental para extraer por completo los productos retenidos en el útero. Si á pesar de esta intervención, las pérdidas continúan y hay aumento de volumen de las paredes uterinas, ó si se sospecha la naturaleza de los restos evacuados y existen anemia profunda y, sobre todo, signos metastásicos, se hará el examen microscópico, que revelará si existen ó no tejidos syncitiocoriales. En caso afirmativo se practicará, sin perder tiempo, la histerectomía; en el caso contrario se repite el raspado ó se emplea el tratamiento que parezca más conveniente, según las condiciones de cada caso.

La histerectomía por corioepitelioma debe comprender la extirpación del útero, los anejos y los nódulos operables, pero sin pensar en grandes traumatismos, porque algunos casos han curado sin operación.

Leucoplasia.— El Dr. Milian : Creo, en vista de la diversidad de opiniones existentes acerca de la leucoplasia, que es preferible considerarla como un síntoma, designando con este nombre todas las *manchas blancas persistentes de las mucosas.* La blancura de la placa no es debida á la aparición de una de las capas celulares anormales que se descubre al hacer el examen microscópico de una placa leucoplásica, ni es tampoco consecuencia de la esclerosis de la dermis. El único elemento histológico constante de las manchas blancas leucoplásicas es la célula del cuerpo mucoso, cuyo protoplasma se enturbia á causa de la irritación que producen á su alrededor las lesiones inflamatorias. Este enturbiamiento es indicio de hiperactividad funcional, no de degeneración.

La perturbación funcional de la célula epitélica puede depender de lesiones de la dermis (leucoplasia secundaria), ó no (leucoplasia primitiva). Las lesiones que provocan la leucoplasia son numerosas: tubérculos, pápulas, erosiones, ulceraciones, esclerosis. El enturbiamiento primitivo de las células del cuerpo mucoso es, por el contrario, raro.

La leucoplasia llamada idiopática, es en realidad sifilítica. La leucoplasia es más común en la mucosa lingual. Los roces, las irritaciones producidas por la masticación y el uso del tabaco, son causas predisponentes.

La leucoplasia consiste en una queratinización de la mucosa con esclerosis de la dermis.

La leucoplasia tiene aspectos variados según su coloración y el estado de su superficie. La coloración varía del blanco azulado ligero (leucoplasia opalina), al blanco lechoso intenso (leucoplasia lactescente).

La superficie de la leucoplasia opalina ó lactescente, es lisa ó arrugada, estriada ó mamelonada. La primera resulta de lesiones de la dermis mucosa poco profundas, pero tenaces y recidivantes; se presenta en islotes de contornos irregulares, en círculo ó en forma más extensa.

La segunda ocupa el sitio de cicatrices retraídas casi siempre en los bordes ó en la punta de la lengua; es de ordinario lineal, estrellada, triangular, en forma de H, etc.

La tercera es debida á una estriación más ó menos regular, que acentúa las papilas normales. Se observa de preferencia en la cara interna de los carrillos y detrás de las comisuras labiales, donde forma las placas comisurales de Fournier.

La cuarta depende casi siempre de la glositis esclerogomosa. En los abolsamientos de la mucosa, separados por surcos, la leucoplasia lactescente adquiere el aspecto de papilomas blancos. En estas formas antiguas y vegetantes se desarrolla de preferencia el epitelioma.

Existe un epitelioma leucoplágeno. La placa cancerosa es blanca como la nieve; es un cáncer blanco idéntico á una placa leucoplásica. Es posible que todos los cánceres no ulcerados de las mucosas tengan al principio este aspecto.

Las causas de la predilección del epitelioma por la leucoplasia son difíciles de determinar, por ignorarse en absoluto las causas del cáncer. Para los partidarios de la teoría celular, el epitelioma se desarrolla á expensas de globos epidérmicos que aparecen en la capa córnea. Pero estos globos no son un elemento constante de las placas leucoplásicas, ni aun de las que se hacen cancerosas. El lazo capital al parecer, entre la leucoplasia y el epitelioma, es precisamente el estado de enturbiamiento de la célula epitelial, indicio de una sobreactividad funcional anormal. La célula epitelial, desde el día que se hace leucoplásica, experimenta modificaciones biológicas que al acentuarse, por persistir el proceso inflamatorio subyacente, conducen á la desorientación celular y al cáncer.

Dada la frecuencia de la sífilis en la etiología de la leucoplasia, el tratamiento de esta afección debe dividirse en local y general.

El tratamiento local debe ser ante todo de abstención. Están contraindicados los dentríficos fuertes, las aplicaciones cáusticas. La limpieza de la boca por medio de cepillos suaves para los dientes y los gargarismos emolientes son esenciales. No debe emplearse el nitrato argéntico, except para las úlceras. Evítese el vino, los licores y el tabaco.

El tratamiento general antisifilítico es el verdaderamente útil en la leucoplasia. El yoduro potásico no produce efecto alguno. El mercurio es e medicamento indicado, siempre que se administre en inyecciones. El tra

tamiento se prolongará durante mucho tiempo, por tratarse de una enfermedad crónica. A los tres meses de tratamiento conviene suspender las inyecciones por espacio de cuatro semanas, repitiéndolas después durante el mismo tiempo, hasta que la lesión queda reducida á placas de leucoplasia más ó menos extensas, en relación con esclerosis de la dermis, contra cuyas lesiones es ineficaz el mercurio.

Es necesario entonces vigilar la transformación epitelial posible y en cuanto se sospeche intervenir cauterizando con el termocauterio las granulaciones epiteliales ó extirpándolas con el bisturí. ¿Es preferible extirpar esta lesión precancerosa antes de su transformación? Esta conducta es lógica llenando las dos condiciones siguientes: 1.ª, sólo deben extirparse las placas de leucoplasia irreducibles después de un tratamiento mercurial prolongado; 2.ª, no debe consistir sólo en el descortezamiento, sino en la exeresis completa de la placa con la dermis esclerosada subyacente. Si no se extirpa más que el epitelio se deja la dermis inflamada, por encima de la cual se regenera con nuevo vigor el epitelio queratinizado. La mejor terapéutica preventiva de la leucoplasia es el tratamiento mercurial de las lesiones sifilíticas de las mucosas, bastante prolongado y á dosis suficiente.

Supervivencia en los operados de cáncer gástrico.—Los Dres. Hayem y Beusande: Hemos observado dos casos de cáncer del estómago que vivían ocho y seis años respectivamente después de la operación. El primero se refiere á una mujer de sesenta y tres años, operada por el Dr. Hartmann, y el segundo á un hombre de cuarenta y nueve, que padecía una forma anémica del cáncer sin estenosis del píloro. La variedad del cáncer era alveolar en ambos enfermos, y en ambos el quimismo estomacal (hipopesia con falta de ácido clorhídrico libre) persistió después de la operación. Estas observaciones, unidas á otras publicadas ya, prueban que el cáncer del estómago es una afección de índole quirúrgica, y que el papel del médico debe limitarse á diagnosticar á tiempo la enfermedad.

Etiología y desarrollo de la tuberculosis de los órganos génito-urinarios.—El Dr. Desnos: Todos admitimos hoy que en la tuberculosis génito-urinaria el riñón es el órgano que se afecta primitivamente de preferencia. Muchos hasta niegan que esta infección principie por la parte inferior de las vías urinarias y se localice en ellas. Contra esta hipótesis puede invocarse la dificultad que hay en demostrar que el riñón no es afectado ó lo ha sido al principio. He observado varios enfermos en los que la próstata y la vejiga fueron los únicos órganos infectados durante mucho tiempo, diez años en un enfermo, y puedo afirmar que he empleado para la comprobación el único medio seguro, el examen citoscópico y en algunos el cateterismo ureteral. Este procedimiento no es aplicable en todos los enfermos, pero es inofensivo cuando la periferia del orificio del ureter no está infectada; soy, por lo tanto, afirmativo sobre la existencia aislada de la tuberculosis prostatovesical.

La tuberculosis renal queda latente durante mucho tiempo, y no suele manifestarse por la inoculación de las vías urinarias inferiores; por consiguiente, en estos casos es preciso explorar siempre las superiores. La causa que predispone más á estas infecciones secundarias es la blenorragia, aun-

que no, como se creía antes, por transformarse la inflamación crónica en tuberculosa. Pero si un enfermo de tuberculosis renal contrae una blenorragia, ésta, al hacerse crónica, constituye un terreno abonado para el bacilo de Koch, que se desarrolla en él con rapidez y produce síntomas más tumultuosos que la lesión renal.

Púrpura hemorrágica y tuberculosis. — Los Dres. Bensaude y Rivet: Los autores clásicos sólo hablan de la púrpura hemorrágica en la granulia, pero puede observarse también en otras circunstancias, según resulta de nuestras observaciones:

1.ª En la tuberculosis pulmonar crónica confirmada.

2.ª En la tuberculosis extrapulmonar.

3.ª En la tuberculosis latente.

En esta última la tuberculosis merece el nombre de *prodrómica* y tiene un gran valor diagnóstico, porque permite descubrir un foco de tuberculosis cuya existencia se ignora. La púrpura se presenta unas veces en forma aguda, otras en forma crónica, continua ó intermitente. De 37 casos de púrpura crónica 8 recayeron en tuberculosos confirmados y 5 en probables. El pronóstico debe ser reservado, porque marca una fase aguda en la evolución de una tuberculosis de marcha lenta. Las lesiones de la sangre son las de otras variedades de púrpura hemorrágica: falta de retractilidad del coágulo y rareza de los hematoblastos durante los períodos hemorrágicos intensos. Los hematíes nucleados pueden observarse en la púrpura aguda, pero faltan casi siempre en la crónica.

Sífilis hereditaria y herencia sifilítica.— El Dr. P. Gastou: El concepto de la sífilis hereditaria, tal como ha sido expuesto por el profesor Fournier, concepto que confirma el influjo benéfico del tratamiento sobre la descendencia, permite emitir las proposiciones siguientes:

1.ª La sífilis, sea cual fuese su antigüedad, su forma, su origen paterno, materno ó conyugal, es siempre igualmente peligrosa para la descendencia.

2.ª La sífilis se transmite en naturaleza, mata al niño ó le hace nacer con estigma, degenerado ó distrófico.

3.ª La sífilis obra como enfermedad específica ó toxi-infecciosa.

4.ª La sífilis, enfermedad específica, se transmite en forma hereditaria y se caracteriza por accidentes ó estigmas de naturaleza sifilítica, ó por estigmas distróficos en relación con los accidentes sifilíticos que se han producido en el útero.

5.ª La sífilis, enfermedad toxi-infecciosa, obra con igual título que la herencia morbosa denominada en esta acción: heredosífilis. Sus manifestaciones no presentan carácter alguno propio.

6.ª El concepto actual de la herencia sifilítica, con igual título que el d la parasífilis, entraña un determinismo de fatalidad contrario á toda inter vención terapéutica.

7.ª La noción de sífilis hereditaria implica, por el contrario, un trata miento preventivo de los procreadores, profiláctico de la transmisión, á la vez que curativo de la enfermedad hereditaria.

8.ª El tratamiento mercurial esteriliza la sífilis y anula su acción nociv sobre la descendencia.

9.ª El tratamiento específico mercurial en el sifilítico, sea cual fuere la forma ó la antigüedad de la sífilis, es la salvaguardia de la familia, de lo que resulta que:

10. Todo sifilítico antiguo sin estigmas individuales ó hereditarios, orgánicos ó funcionales, cuya sífilis no ha sido maligna ó grave, después de un tratamiento de tres ó cuatro años, está autorizado, previo examen médico, á fundar una familia. Todo sifilítico, antes de procrear, debe someterse á un tratamiento mercurial activo. Toda mujer que conciba de un sifilítico, virulento ó no, antiguo ó reciente, que ha presentado ó no accidentes sifilíticos, debe ser tratada desde el principio y durante todo el embarazo. Sostengo esta proposición: que es una salvaguardia para el niño que va á nacer, una garantía para la descendencia, y una esperanza para el enfermo y el médico.

Pseudotétanos de Escherich. — El Dr. R. Peters: La miotonía ó pseudotétanos de Escherich no es una entidad morbosa, sino más bien un síndrome en parte cerebral y en parte espinal, que puede observarse también en cada forma de meningitis cerebro-espinal. La diferencia entre la miotonía y el síndrome análogo de la meningitis cerebro-espinal aguda, consiste en que la miotonía sigue una marcha crónica, no va acompañada de altas temperaturas, depende de la atrepsia y sólo se observa en los niños muy jóvenes alimentados artificialmente. La miotonía suele ir acompañada de trastornos intestinales (diarrea, etc.), pero no siempre. En ciertos casos la digestión es normal por completo, aunque la miotonía y la astenia son extremadas. La atrepsia no va acompañada forzosamente de miotonía. La miotonía no es una enfermedad funcional, como pretenden los autores, sino orgánica. Su substratum anatomopatológico es una meningitis cerebro-espinal seca.

¿La anestesia general en los niños para operaciones de corta duración y soportables con facilidad, debe ser la regla ó la excepción? (*Conclusiones*). — El Dr. F. Suárez de Mendoza: 1.ª La anestesia general en las operaciones quirúrgicas poco importantes y de corta duración, que se practican con facilidad en estado de vigilia, debe ser considerada como una práctica injustificada y arriesgada, porque nadie tiene derecho á hacer correr un peligro de muerte á su semejante cuando este peligro puede ser humanamente evitado. Creemos que en este caso los cirujanos no deben acceder al deseo del enfermo sin advertirles antes los peligros inherentes á la anestesia.

2.ª Si partiendo del principio de que cada cual puede disponer de su existencia como tenga por conveniente, puede admitirse que, cuando el enfermo, prevenido del peligro que va á correr, exige la anestesia para una intervención trivial y fácil de practicar en estado de vigilia, el cirujano puede, sin faltar á su deber, acceder á ello; pero es preciso admitir que, cuando se trata de un niño indefenso, incapaz de juzgar y con cuya voluntad no es posible contar, el deber más elemental nos obliga á no emplear la anestesia más que cuando es absolutamente indispensable, sin tener en cuenta las exigencias dictadas por el carácter pusilánime de los padres que no tienen derecho á disponer de la vida de su hijo.

3.ª No debe recurrirse á la narcosis, en estas intervenciones, más que en los casos rarísimos é imposibles de definir de antemano, cuando el ciruja-

no está plenamente convencido de que las circunstancias excepcionales inherentes al operado ó á la operación, justifican el peligro á que exponen siempre las narcosis.

4.ª Los que piensan de otro modo apoyándose, de buena fe, en razones distintas más ó menos fundadas, deben siempre recordar que «la anestesia no es más que un envenenamiento limitado, primer período del envenenamiento».

5.ª Siendo una falta grave exponer al niño á los peligros de la anestesia para una operación trivial y fácil de practicar en estado de vigilia, es temerario, por no decir otra cosa, agravar esta falta (que puede producir consecuencias lamentables) asegurando á los parientes del enfermo que la anestesia no ofrece peligro alguno, porque nuestra seguridad en la especie, por no decir falaz, puede hacer de la familia cómplice inconsciente del desastre siempre posible.

Tratamiento ortopédico del mal de Pott. — El Dr. Calot: El tratamiento ortopédico del mal de Pott consiste en hacer la extensión ligera del raquis, que se mantiene aplicando nuestro apósito de escayola, comprimiendo además la gibosidad á través de una ventana dorsal practicada en el mismo apósito, y, *detalle importante*, continuando este tratamiento durante mucho tiempo, á veces hasta que termina el período de desarrollo, es decir, hasta que se suelda la parte anterior de la columna vertebral (lo que sólo puede conocerse haciendo un examen con los rayos X) y hasta que el crecimiento de la parte posterior del raquis que corresponde á la antigua gibosidad no necesita ser rectificado. El tratamiento tal como lo hemos modificado, es benigno en absoluto y hemos obtenido con él y obtendrán todos los médicos, resultados muy superiores á los que se obtienen con los otros tratamientos.

Tratamiento de la enterocolitis infantil por los lavatorios intestinales calientes. —El Dr. A. Esperidion Caravassili: Los lavatorios intestinales calientes (40-42° C.) combaten los fenómenos locales de la enterocolitis de un modo más eficaz que los tibios y que los diversos medios terapéuticos conocidos. Se observa lo siguiente:

a) Los cólicos y los pujos disminuyen de intensidad y á veces cesan por completo después del lavatorio caliente, apareciendo de nuevo con igual ó mayor intensidad, pero sólo varias horas (cuatro á nueve) después del lavatorio.

b) Las deposiciones características de la enfermedad tardan poco en modificar su carácter en sentido normal, disminuyendo bastante después de cada lavatorio el número de evacuaciones.

c) A causa de estas razones, el número de lavatorios se reduce de ordinario en la enfermedad á tres ó seis.

d) El líquido obra por su temperatura de un modo eficaz contra la hemorragia intestinal.

Los lavatorios intestinales calientes concurren á disminuir la duración de la enfermedad. Los niños los toleran bien y se duermen tranquilamente después de la operación y á veces durante ella. — F. Toledo.

(Continuará).

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 6 de Abril de 1906.

Hipertrofia prostática curada por medio de la operación. — El Dr. *Roberto Lichtenstern* refiere un caso en el que, mediante la extirpación de la próstata hipertrofiada, se consiguió, después de una pausa de siete años, devolver á un enfermo la facultad de orinar espontáneamente. Es, por lo tanto, una demostración irrecusable de la eficacia de la prostatectomía.

Inflación del ciego.—El Dr. *Oscar Kraus* recuerda las investigaciones por él realizadas en los años 1892 y 1902, y en las que se trató de comprobar la capacidad pasiva de oclusión de la válvula íleocecal, así como de precisar las alteraciones anatómicas á que daba origen la inflación forzada, alteraciones por virtud de las cuales se produce la insuficiencia de la válvula. Dichos experimentos se efectuaron principalmente en porciones extirpadas de intestino, á fin de demostrar que la válvula cierra pasivamente como simple aparato mecánico. El examen cadavérico *in situ* tiene muy poca importancia, porque las circunstancias son muy diferentes de las que concurren en el individuo vivo. En este último, la turgencia de los tejidos, el tono de la capa muscular y la misma inervación modifican las particularidades puramente mecánicas. Cuando se hace penetrar aire con fuerza, el tubo intestinal encorvado se endereza, después se desgarra primeramente la franja media, más corta, ó se rompe la inserción de la habénula; seguidamente se rompen también las adherencias conjuntivas que existen entre la pared superior del íleon invaginado y el colon, que forman precisamente la válvula, y ésta se hace insuficiente. Las dos preparaciones de Silbermark, tanto la natural como la producida por medio de la experimentación, aparecen con mucho insuficientes. Pero no se puede admitir que, *intra vitam*, se produzca la inflación del ciego de un modo puramente pasivo. A la manera de lo que han demostrado Zeissl, Frankl Hochwart y Frölich respecto al aparato oclusor de la vejiga y del ano, hay que admitir también que la válvula íleocecal se abre de un modo no pasivo, es decir, que no se abre tan sólo porque ceda simplemente á la presión de los materiales contenidos en el intestino. El autor ha observado, de acuerdo en esto con Told, que las fibras musculares longitudinales se continúan hasta el borde de la válvula. Hay que admitir, por lo tanto, que ésta se puede abrir también por influencia nerviosa, ó sea por contracción muscular. Según esto, hay que convenir también en que, bajo la influencia de determinados excitantes sobre el aparato valvular, se pueden provocar contracciones espasmódicas de la túnica muscular, las cuales determinan roturas de pequeños haces en la válvula y en las franjas, á la manera de lo que sabemos ocurre en otros músculos. Semejantes contracciones musculares espasmódicas pueden sobrevenir no tan sólo en los casos de vólvulo, sino también en otros muchos cólicos. De todas suertes, no cabe explicar semejantes hechos por motivos puramente anatomicomecánicos; lejos de eso, es preciso tener también en cuenta las particularidades biomecánicas.

El Dr. *Silbermark* contesta á las objeciones que se le han hecho en los términos siguientes:

A Tandler le dice que en el esquema sólo estaba diseñado el revestimiento peritoneal libre. Para la explicación de los experimentos del autor no significan nada las particularidades relativas á cómo se fija la cara posterior del ciego á la pared abdominal. Lo que importa para dicha explicación es la fijación de la pared posterior del ciego á la del abdomen y la cubierta peritoneal libre de las caras anterior y laterales del ciego fijado en contraposición á la cubierta peritoneal, libre por todas partes, del colon transverso. Por otra parte, la objeción de que el hecho de haber encontrado en su preparación rotas transversalmente parte de las fibras longitudinales, depone á favor del mecanismo invocado por Krauss (diastasis por estiramiento), no tiene razón de ser por lo que nos han enseñado los experimentos de Krauss y H. Weiss. En efecto, según estos experimentos, al llenarse el intestino grueso y distenderse por lo tanto, se rompen las franjas en sus puntos de inserción; en cambio, el autor nunca ha observado semejantes hechos en sus experimentos; al contrario, siempre encontró la serosa y las franjas separadas varios centímetros de sus puntos de inserción. Krauss vió en sus experimentos que la franja más corta, ó sea la interna, es la que primero se rompe, y en cambio el autor, en sus experimentos, nunca encontró otra cosa que diastasis de las franjas anterior y posterior, que están libres. Si el único factor que interviniera en la sobredistensión del ciego fuese el enderezamiento, deberían romperse las franjas transversalmente en sus puntos de inserción y no como ha sucedido en los experimentos del autor, que coinciden con la realidad. En dichos experimentos se vió que las franjas al principio se entreabren á lo largo, y sólo después, cuando la distensión es excesiva, es cuando se rasgan transversalmente. En los casos de distensión excesiva del ciego viene á haber igual número próximamente de estrecheces del intestino grueso altas que de estrecheces bajas del mismo.—(*Wiener klinische Rundschau*).— R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

Plantas indígenas y exóticas de acción semejante á la del curare. — En una de las últimas sesiones de la *Sociedad de Terapéutica de Londres*, el doctor Gordon Sharp ha leído un trabajo acerca de este asunto. Entre las plantas indígenas de Europa de acción semejante á las del curare, merecen mención especial tres. El *anchusa officinalis*, el *echium vulgare* y el *cynoglossum officinalis*.

El *anchusa officinalis*, *buglosa ó chupamieles*, contiene un alcaloide. Administrado á las ranas, la piel de estos animales se pone húmeda é hiperestésica al principio, y después queda insensible á toda excitación, mientras que estimulando los nervios ciáticos se consigue que los músculos se con

traigan. El corazón se paraliza en diástole, y la atropina sólo produce unas cuantas contracciones de la aurícula izquierda.

El *echium* ó *viborera*, produce los mismos síntomas, pero la hiperestesia y la debilidad muscular son más acentuadas. Con una dosis elevada la excitación de los ciáticos no produce contracción alguna de los músculos, pero se contraen excitándolos directamente. El corazón se paraliza en diástole.

El *cynoglossum*, *cinoglosa oficinal*, pone la piel más húmeda é hiperestésica; la excitación de los nervios ciáticos ó de los músculos sólo afecta á los del lado no envenenado. Obra muchas veces de igual manera que el curare y produce con frecuencia la muerte repentina, paralizando el corazón en diástole.

Entre las plantas exóticas el *delfinium bicolor* y el *occidentalis* del Norte de América y el *d. scopulorum*, de Méjico, se asemejan algo al curare. Los extractos de estas plantas, llamadas vulgarmente *espuelas de caballero*, son amargos, de olor ligero y enrojecen con los ácidos sulfúrico ó nítrico, aunque su alcaloide, la delfocurarina, no adquiere dicho color con estos ácidos.

El *d. bicolor* obra como el curare; al principio aumenta las funciones de la piel, pero á las dos horas los músculos del lado envenenado sólo se contraen excitándolos directamente, mientras que para que se contraigan los del lado opuesto basta excitar el ciático.

El *d. occidentalis* obra al principio como el acónito, aumentando todas las secreciones, pero después los músculos quedan insensibles á toda excitación directa ó por el intermedio de los nervios.

El *d. scopulorum* difiere de sus congéneres por deprimir los centros nerviosos de la médula espinal más que los troncos y las terminaciones de los nervios.

El *d. staphysagria*, *estafisagria ó albarraz*, estimula primero los órganos secretorios y los centros nerviosos, después deprime y paraliza, por último, estos centros, los nervios motores, los músculos y, finalmente, los centros nerviosos del corazón.

(*British Med. Journal*, 7 abril 1906). — F. Toledo.

Acción terapéutica del jugo gástrico del cerdo en la insuficiencia gástrica.— En concepto del Dr. M. Hepp, el jugo gástrico del cerdo excita la secreción glandular del estómago, deficiente ó pervertida, y en esto consiste su actividad terapéutica. Sustituye á la manifestación eficaz de las glándulas inactivas, obrando como regenerador de la secreción gástrica, pero el principio activo de dicho jugo no lo constituyen ni el ácido clorhídrico libre ni la pepsina, puesto que el jugo gástrico del perro, aunque más activo que el del cerdo, no aventaja á éste, que por otra parte pierde algo de su pepsina al ser filtrado. El jugo gástrico del cerdo debe contener algún otro principio que se pierde cuando se obtiene un extracto gástrico, y que también desaparece muy pronto en la mucosa gástrica, alterada después de la muerte. Pero la mejor prueba de que existe tal principio, nos la da la acción rapidísima que se observa en ciertas dispepsias. Enfermos que llevaban semanas enteras de estar vomitando y sin digerir nada, cesan de vomitar con sólo algunas dosis del jugo. Sin embargo, la influencia sobre la digestión es muy débil, y la acción estimulante de la digestión no tiene

tiempo para restablecer el quimismo gástrico perturbado. Según esto el jugo gástrico del cerdo ha suministrado un elemento esencial de que carecía el enfermo, pero que no es la pepsina, que siempre existe en cantidad suficiente en la mucosa gástrica enferma, ni tampoco el HCl, que no existe en gran abundancia en dicho jugo. Otra prueba de la existencia de tal principio, aún desconocido, nos la da la acción desigual del jugo en las dispepsias químicas y en otras afines clínicamente. Mientras ciertos enfermos hipopépticos y poco graves sólo experimentan una mejoría progresiva con el empleo del jugo, todas las insuficiencias gástricas graves se modifican favorablemente y muy pronto. En éstas parece que el equilibrio perturbado se restablece muy pronto con la aportación de un elemento que faltaba por completo, elemento que en las otras dispepsias aún existía, si bien en poca proporción.

En general, el jugo gástrico del cerdo es eficaz en la insuficiencia gástrica primitiva ó secundaria, pero es inútil cuando dicha insuficiencia va acompañada de una destrucción anatómica de la mucosa, v. gr., de un cáncer gástrico, ó de atrepsia infantil en el último período, ó bien cuando proviene de trastornos circulatorios, tales como cardiopatías, ó de afecciones orgánicas del sistema nervioso.

En los casos dudosos en que no se puede realizar la investigación del quimismo gástrico, el empleo del jugo no tiene ningún inconveniente, gracias á su poca acidez. Su acción siempre es rápida, á veces ya á las primeras dosis y se manifiesta por una mejoría evidente, observándose á las dos semanas poco más ó menos un alivio en las distintas manifestaciones patológicas. En los casos favorables el tratamiento debe de continuarse cuatro á seis semanas, hasta que la mejoría sea bien ostensible. Después se interrumpe la medicación dos á tres semanas y se repite de cuando en cuando durante ocho días. La dosis para el adulto es de 1 á 2 cucharadas, á la hora de comer y en un vehículo apropiado; en los niños, de 3 á 4 cucharaditas. El medicamento se recomienda mucho en las insuficiencias gástricas graves de los hipoclorhídricos, en la diarrea crónica y en las gastropatías de los niños de pecho y de los tuberculosos.

(*Gaz. des Hôpitaux*).—R. del Valle.

Empleo del vino aromático como cicatrizante.—En las heridas superficiales el mejor agente curativo, según el Dr. Audry, de Tolosa, es el vino aromático, que emplea de la manera siguiente: Limpia las partes próximas á la herida con alcohol alcanforado, y la herida con agua oxigenada. Si la supuración es poco abundante, puede suprimirse este último lavatorio. Después aplica sobre la herida un trozo de lint boricado, del tamaño de ésta, hecho dos dobleces y empapado en vino aromático. El lint se cubre con un pedazo de hule de seda algo mayor y encima se aplica algodón en rama, sujetando todo con una venda. El apósito debe renovarse cada veinticuatro horas.—(*Journal des mal. cutanées*, enero 1906).—F. Toledo.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LAS NEUROSIS SINTOMÁTICAS

ESTUDIO CLÍNICO DE LOS NEUROSISMOS DE CAUSA ORGÁNICA

POR EL DOCTOR

D. JOSÉ SALAS Y VACA

Médico, por oposición, de la Beneficencia general.

(Continuación).

Las distrofias litiásicas reservan grandes sorpresas para el clínico más observador. Sus accidentes pueden ser simulados por gran número de histéricos, y á su vez exagerada su presencia con múltiples manifestaciones sintomáticas que sin otra relación más que la causal, se mezclan á ella accidentes que derivados del sistema nervioso, complican y exageran el cuadro clínico de las emigraciones calculosas.

Cuando en la marcha clínica de los accidentes litiásicos se añaden síntomas de excitabilidad nerviosa, de dos maneras pueden manifestarse: ó de un modo precoz, constituyendo síntomas prodrómicos ó denunciadores, ó bien durante el cuadro clínico de la litiasis orgánica. Más de una vez he sido testigo de estos síntomas neurósicos al abrir la escena de calculosis hepática ó nefrítica, que anuncian de cerca la explosión de un ataque: en más de un enfermo de esta índole he visto presentarse síntomas de excitabilidad general, insomnio, lipotimias, palpitaciones é impresionabilidad exagerada, que, como síntomas denunciadores, se enlazaron más tarde con los de un ataque clásico de cólico hepático ó nefrítico. Observo en la actualidad á una señora litiásica que con una semana de anticipación á sus accidentes renales presenta el cuadro clásico de una neurosis, en la que domina el llanto espasmódico con marcadísimas

crisis de irascibilidad, que alternan con pesadillas y terroríficas visiones.

Estos síntomas, que nacen de reflejos anormales cuyos puntos de origen son las vísceras afectadas, se presentan con mayor frecuencia que la observación pudiera indicarnos, efecto sin duda del poco aprecio que se hace de la vaguedad de su cuadro clínico.

En pleno ataque litiásico, la mayoría de los síntomas son atribuíbles al predominio de la acción nerviosa. Los colelitiásicos presentan su dolor característico en la región de la vejiga biliar con sus irradiaciones, que no siempre se reflejan sobre el costado y hombro derechos; la crisis dolorosa puede tener tal intensidad, que se acompañe de un ataque convulsivo ó sincopal, con debilidad cardíaca ostensible, por pequeñez y blandura de pulso, y que en algunos momentos pueden amenazar un peligro inmediato: esto unido, como en la litiasis renal sucede, á grandes fenómenos gástricos de orden reflejo que, como la náusea, vómitos y astrición, completan el cuadro clínico de las enfermedades calculosas.

El cólico nefrítico, en los sujetos en quienes es habitual, puede reemplazarse después de los primeros ataques por un equivalente neurósico; tal ocurre á una señora de mi visita particular en quien un pequeño aumento en el dolor lumbar que con persistencia sufre, una noche de insomnio y un desarreglo gástrico de orden reflejo, con síntomas neurocardíacos, son suficientes para anunciar la presencia de un cálculo, que se expulsa á los pocos días de estos fenómenos.

La *gota* y el *reumatismo crónico progresivo* tienen su sintomatología nerviosa bien definida. La excitabilidad refleja del uricémico le dispone á sufrir neurosismos tan variados, que en ellos encontramos desde el trastorno de la inervación cardíaca más rebelde, hasta la más compleja de las disneas. En la historia de estos sujetos observamos la persistente angioneurosis, de la que es responsable sus corizas y bronquitis; el trastorno vasomotor, que tanto interviene en la producción de las urticarias; la neuralgia intermitente, que envuelve la patogenia de las jaquecas; la dispepsia, que se apoya en una alteración neuromotora del estómago, y los ataques asmáticos, que tienen su cuna en el más complejo de los reflejos patológicos. Las alteraciones tróficas del reumatismo nudoso tienen su origen, según algunos clínicos, en las lesiones musculares que presenta la necropsia de estos sujetos.

La *hiperglucemia del diabético* puede ser la responsable de los sin-

tomas nerviosos que sufren estos enfermos: pocas veces asistimos desde un principio al cuadro clásico patognomónico de síntomas en esta enfermedad, siendo lo más frecuente que se nos ofrezcan en estos enfermos un conjunto de signos reveladores, ya sean en forma de neuralgias, en las que la del trigémino y ciática ocupan un lugar preferente, ya se nos consulte un cuadro de impotencia genésica y muscular con alteración digestiva, disminución de la actividad intelectual é insomnio rebelde á todo tratamiento. Estos síntomas, que pueden considerarse como gritos del sistema nervioso que como vanguardia anuncian los desastres que se avecinan, se rodean de una gran apatía física é intelectual, postración moral y alteraciones mentales que, al crear en el enfermo ideas de injustificada ruina, pueden hacerle terminar en el cuadro terrorífico del suicidio. A estos accidentes mentales pueden agregarse alteraciones del sistema nervioso periférico con predominio de síntomas sensitivo-motores, como neuralgias, parestesias, accidentes tróficos, abolición de los reflejos y acontecimientos paralíticos de los más complejos.

Hasta aquí son los presentados síntomas prematuros que, por su complejidad, pueden entorpecer el juicio clínico en los diabéticos; pero hay un grupo de fenómenos complejísimos determinados por una grave intoxicación nerviosa, en la que el cerebro toma la parte más principal, dada la característica sintomática del *coma diabético*. Aunque este síndrome terminal debe esperarse siempre que un diabético sometido á un régimen azoado excesivo sea víctima de una depresión muscular y nerviosa, con disminución en la cantidad de orina, sin que de un modo sensible se reduzca la cifra de glucosa, puede ocurrir, como en la uremia, que el conjunto de síntomas sobrevenga sin anuncio previo y quede confundida su sintomatología con el cuadro de una excitación con exagerada alegría, incoherencia del lenguaje, alternando con somnolencia, apatía y depresión profunda. Los fenómenos disnéicos de este accidente terminal, con sus alternativas de aumento, disminución y pausas, que recuerdan el tipo Cheyne-Stokes desprovisto de la ortopnea; los trastornos gastro-intestinales, la falta de conocimiento y sensibilidad, la inmovilidad pupilar y la gran resolución de fuerzas que sobrevienen en período de estado en el coma diabético, no tendrían posible averiguación patogénica si el olor característico del aliento en estos enfermos y su historia patológica no nos condujeran al reconocimiento de la acetona en la orina, producto eliminable y de-

rivado del ácido glicurónico, que es el responsable de los accidentes comatosos del diabético.

Tales son las manifestaciones con que responde el sistema nervioso en las diátesis más conocidas; hemos señalado cuidadosamente la frecuencia con que adquieren mayor predominio estos síntomas, capaces en algunas circunstancias de enmascarar todo el cuadro morboso; veamos ahora la

PARTICIPACIÓN QUE TOMA EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO

Los complicados actos de la digestión dependen fundamentalmente del sistema nervioso; los actos primarios de preparación digestiva caen bajo el dominio de la voluntad desde el momento que somos dueños de satisfacer ó no una sensación de hambre; los movimientos de prehensión, masticación, y en parte la deglución, somos también dueños de efectuarla, pero pasado este momento, los fenómenos que se suceden, tanto en la digestión normal como patológica, son productos de un complicado é inconsciente reflejo.

El olor ó vista de apetitosos manjares despierta el recuerdo cerebral, que por sí es suficiente á producir una secreción salivar y pepsina que preparan la digestión fisiológica; los movimientos de la masticación producen por acto reflejo la secreción salivar necesaria para la mejor trituración alimenticia; el estímulo de los alimentos sobre la mucosa gástrica despierta los movimientos peristálticos, que en el máximum de su intensidad estimulan la secreción pancreática y biliar, que dispone á la cavidad intestinal para recibir el quimo preparado, cuya transformación ha de completarse en virtud del concurso del jugo intestinal segregado por un mecanismo también reflejo.

Si tenemos en cuenta que los centros nerviosos de estos reflejos se encuentran en íntima conexión con los de otros órganos de la economía, y que las vías por donde marchan se relacionan con las de otras vísceras, explicaremos fácilmente la participación que otros órganos pueden tener en las enfermedades de este aparato transmitida por un mecanismo nervioso y exteriorizada en form de las neurosis que estudiamos

Las neuropatías subsiguientes á enfermedades de la cavidad bu cal se refieren principalmente á los trastornos de sensibilidad acae cidos en la esfera del trigémino, y á perturbaciones motoras que d un modo reflejo pueden transmitirse á los músculos de la expresión

la neuralgia del quinto par, debida á una lesión orgánica de la boca, puede presentarse en forma de ataques paroxísticos de dolor, que con gran rapidez alcanzan su máximum de intensidad, despertando fenómenos de excitabilidad general de los más alarmantes, y en sujetos de fondo neurósico pueden persistir aun después de separada la causa provocadora. La glosodina, tan frecuente en los histéricos, es dependiente á veces de la hipertrofia de las papilas linguales, que á su vez produce una sialorrea de orden reflejo. Estas manifestaciones de excitabilidad sensitiva pueden acarrear contracturas y fenómenos convulsivos en sujetos de fondo histérico, que se reparten en la esfera del facial ó bien se generalizan, dando margen á la presentación de un ataque.

En general, todas las lesiones que afectan á los órganos de la cavidad bucal se manifiestan por fenómenos de hiperexcitabilidad sensible, origen de peligrosos reflejos, hasta el punto que ciertas manifestaciones secundarias de la sífilis de asiento lingual pueden, cuando predominan en la base, producir por acto reflejo serios espasmos de la glotis, cuyo origen hay que buscar siempre que de este modo se anuncien ó por fenómenos de trismus con que á veces se manifiesten.

El esófago puede ser origen por sus enfermedades de trastornos nerviosos, que unas veces evolucionan de un modo primitivo y sin causa orgánica en individuos de temperamento neurósico, y en otras ocasiones son despertados por lesiones que, siendo á veces muy pequeñas, tienen la suficiente energía para manifestarse en forma de espasmos esofágicos. Aparte de los casos en que el esofagismo se manifiesta como síntoma histérico ó hipocondriaco, se nos ofrece con motivo de la deglución en sujetos víctimas de procesos inflamatorios ó neoplásicos, que sólo por estos síntomas se denuncian, y por ellos hay que marchar en la persecución de un diagnóstico causal.

***

Del enlace patogénico entre los procesos gástricos y el sistema nervioso, dan cuenta multitud de hechos patológicos en los que se manifiesta de modo evidente. En la práctica diaria observamos síntomas gástricos relacionados con alteraciones orgánicas y funcionales del sistema nervioso; de los primeros son ejemplo las crisis gástricas de los tabéticos, los vómitos porráceos de las lesiones cerebrales; y á los segundos pertenecen los trastornos de dispepsia neuromotora que sufren los neurasténicos y neurópatas mal defini-

dos, relacionados siempre con su neurosismo general, y que en la práctica tienen grandísima importancia por el polimorfismo que afectan y lo variado de sus síntomas. No hemos de ocuparnos de este grupo más que para señalar esta frecuente relación, haciéndola resaltar en los casos que un padecimiento gástrico repercute sobre el sistema nervioso dando síntomas de neurosis.

Esta relación se hace más ostensible cuando por una alteración primitivamente gástrica se desordena el equilibrio nervioso, como ocurre con harta frecuencia en los enfermos de estómago, en los que su padecimiento les despierta el mal humor, altera su disposición de ánimo y deprime su energía cerebral. Por mecanismo reflejo también puede alterarse la inervación de otros órganos, produciéndose fenómenos á distancia que, como la opresión precordial, palpitaciones y fatiga nerviosa, vemos presentar estos sujetos con tanta frecuencia, que nos hacen considerar como cardíacos enfermos cuya sintomatología subjetiva se produce por un reflejo, cuyo punto de partida es el estómago lesionado. Henoch afirma que estos reflejos pueden transmitirse á la esfera sensorial, dando lugar á afasias y perturbaciones visuales; sobre los centros motores, dando origen á parálisis más ó menos persistentes, y repercutir, por último, sobre la esfera psíquica, dando margen á esa pléyade de fenómenos cerebrales antes enumerados.

Estos últimos accidentes, produciéndose de un modo reflejo al principio, llegarán á su máximum de intensidad cuando son originados á consecuencia de una intoxicación péptica del sistema nervioso; viniendo á sumarse á los accidentes de la dispepsia grave, gran postración, somnolencia, coma, fenómenos convulsivos y delirantes y estados agudos de excitación. Por la misma causa tóxica pueden presentarse nuevas alteraciones orgánicas en los nervios periféricos y afectarse ciertas ramas, pasando sus neuralgias á ser lesiones de carácter neurítico.

En los procesos dispépticos, como el catarro crónico del estómago, si nos atenemos al relato que estos enfermos hacen de sus síntomas subjetivos, se nos ofrecerán clínicamente en forma de una neurosi cuya complejidad sintomática se reduce á sensaciones de opresió y pesadez epigástrica, depresión de ánimo, irritabilidad exagerads palpitaciones cardíacas, sensaciones de vértigo gástrico é hiperhi drosis refleja. Este indefinido cuadro subjetivo no tendría gran va lor diagnóstico si una observación cuidadosa no nos condujese dar la verdadera importancia que tienen los vómitos de estos en

fermos, el estado de su lengua, cubierta de un barniz blanco-amarillento, la sensación dolorosa y de resistencia que la palpación produce sobre la región epigástrica, la disminución de la secreción péptica con aumento de moco, y la dilatación atónica del estómago unida á la escasez de su poder absorbente.

En la mayoría de los procesos gástricos los síntomas neurósicos sintetizan la serie de fenómenos caracterizados por un cambio grande y rápido en la intensidad y modo de manifestarse los síntomas morbosos en la clínica de las gastropatías, que la patología viene describiendo con el nombre de *neurosis gástricas*, en sus formas motoras, sensitivas y mixtas, que son las más frecuentes aunque en clínica se combinen.

El grupo de estas neurosis, extenso en patología y más reducido en la clínica, queda en algunos casos limitado á manifestaciones sintomáticas de procesos anatómicos, que unas veces preparan el terreno para la presentación de lesiones materiales, y en otras ocasiones son los únicos síntomas por los que se manifiestan. Entre la hipersecreción ácida de causa puramente neurósica y la hiperclorhidria de los ulcerosos de estómago, no hay más diferencia que un tanto muy pequeño, que sólo los síntomas concomitantes pueden establecer una diferencia formal: ¿quién en la clínica no recuerda de enfermos en los que una lesión gástrica grave se ocultó durante algún tiempo detrás de una sintomatología neurósica? Por esto es de clínico práctico caminar con mucha cautela para establecer un diagnóstico de neurosis gástrica, de la que puede muy bien ser responsable una grave lesión orgánica.

Los estímulos térmicos, mecánicos y químicos de que puede ser asiento la mucosa gástrica de un individuo neurósico y excitable serán los responsables de la *hiperacidez digestiva* ó *hiperclorhidria*, que puede convertirse en *hipersecreción* ó *gastrosucorrea* si la secreción de jugo gástrico es permanente, con su variante la *gastroxinsis*, si se presenta en forma de accesos. Entre la hiperacidez, exageración de un acto puramente fisiológico, y la hipersecreción, accidente patológico, no existe una diferencia fundamental en la práctica; siendo tanto más difícil esta diferencia, cuanto que la hiperacidez puede terminar en hipersecreción. Esta predisposición á las neurosis secretoras puede estar latente durante algún tiempo, pero con motivo de uno de los estímulos antes enumerados, ó por causas puramente psíquicas, puede manifestarse su cortejo sintomático por dolores más ó menos intensos durante la digestión, con sus

irradiaciones hacia la espalda, con sus exacerbaciones violentas, capaces de producir contracciones espasmódicas de cardias y píloro, con eructos ácidos y pirosis molestas, que la presentación de un vómito hiperácido hace desaparecer. Si estos síntomas se hacen extensivos á los intervalos digestivos, el síndrome de hiperacidez llega á la hipersecreción.

La disminución ó abolición de la excitabilidad del aparato nervioso secretor del estómago, que se manifiesta por subacidez ó anacidez nerviosas, no es patrimonio exclusivo de los procesos graves (como el cáncer y la gastritis crónica con atrofia); pero siempre que se repite con frecuencia en un enfermo un vómito que á las cuatro horas de su comida presenta substancias albuminosas sin digerir, faltando en cambio los residuos amiláceos, hallaremos suficientes motivos para sospechar si entre la pobreza secretoria que diagnosticamos, tendremos una lesión orgánica oculta.

La agitación peristáltica del estómgo, que acarrea en los sujetos que la padecen sensaciones molestas; la relajación funcional del cardias, que se traduce en regurgitaciones periódicas, la misma atonía pilórica, causa de fermentaciones intestinales, por llegar á esta cavidad alimentos insuficientemente transformados; el espasmo de este orificio y el cardioespasmus, encierran los principales síntomas en que se apoya el diagnóstico de *neurosis motora del estómago*, completados con la atonía gástrica, que siendo un fenómeno parcial del histerismo ó la neurastenia, se presenta á veces relacionada con lesiones orgánicas ó como consecuencia de distensiones gástricas, por ingestión excesiva de alimentos.

El vómito, que teniendo por causa la aparición de un reflejo, y su determinación en estímulos periféricos del arco que lo representa, ó excitación directa de su centro bulbar, adquiere su carácter neurósico, si por estar excitados los aparatos nerviosos que en él toman parte, afecta las particularidades de producirse inmediatamente después de las comidas, sin fatigas, sin esfuerzos, desprovisto de náuseas, colapso y sudores; no está demás en la clínica el no sugestionarse demasiado con sólo estos caracteres, y buscar una causa orgánica que justifique más la aparición del síndrome.

Las neurosis sensitivas con sus desagradables sensaciones de opresión, que conducen á la pesadez gástrica, tirantez que pronto llega al dolor (gastralgia), y repugnancia á los manjares, las vemos reproducirse en multitud de procesos gástricos; y sólo en el caso que la hiperestesia del estómago no se deba á ninguna clase especial de

los ingesta, y se presten sus síntomas á rápidos cambios, é inesperados por lo incomprensibles, acompañándose además de hiperestesia cutánea y otros estigmas histéricos, estaremos autorizados á formular un diagnóstico de gastricismo neurósico ante este grupo de sensaciones anormales. Todos estos tipos de neurosis gástrica pueden asociarse, dando lugar á las formas mixtas, de las que el síndrome funcional de los neurasténicos ocupa el lugar más preferente.

Si los síntomas neurósicos son capaces de enmascarar el curso clínico de la mayoría de los procesos del aparato digestivo, en ningún otro se presentan con más complejidad que pueden hacerlo, tratándose de la úlcera del estómago. Todos los clínicos conocen las dudas que pueden surgir al calificar de ulceroso á un enfermo del estómago, y con cuánta frecuencia pasa este proceso confundido con un síndrome funcional de carácter neurósico, en el que á veces no falta ni aun la gastrorragia típica.

Cuando el dolor, terebrante, lancinante ó urente, de ordinario agudo, termine por un vómito hiperácido que á veces arrastra coágulos sanguíneos en los que se reconocen cristales de hematina, el diagnóstico no ofrece duda alguna; pero esta regla general tiene tantas excepciones como enfermos son, los que llevando una úlcera latente en su estómago, nos consultan un cuadro doloroso que se aumenta por la presión en la línea cifo-umbilical, que se alivia en ciertas posiciones ó con motivo de un vómito, y que aun éste mismo, denunciando la hiperclorhidria, no nos dice más que el enfermo que observamos puede ser de una neurosis gástrica, en el que, por efecto del desequilibrio que acarrea su lesión oculta, presenta otra clase de síntomas funcionales que recuerdan verdaderos estigmas neurósicos.

Vemos, pues, cuántas dificultades puede ofrecer el diagnóstico de úlcera péptica, faltando el síntoma patognomónico de gastrorragia ó hematemesis; pues los vómitos de poco valor diagnóstico, no poseen alguno si, como de ordinario ocurre, se presentan unidos á trastornos generales nerviosos que, como la cardialgia parosística, la hiperestesia gástrica con hipersecreción envuelven un conjunto de síntomas, que sólo pequeños caracteres de intensidad y momento en su presentación, pueden ponernos en camino de sospechar una lesión ulcerosa en una joven demacrada y anémica.

Cuando el cáncer gástrico da síntomas físicos, su diagnóstico no ofrece duda alguna; pero si nos atenemos al cuadro subjetivo, se presentan no menos grandes que en la úlcera redonda; se reve-

lará por parecidos gastricismos nerviosos, máxime si la implantación de la neoplasia tiene por cuna una reliquia ulcerosa. El síndrome funcional del canceroso evoluciona á veces con tales cambios, que por lo sorprendentes pueden motivar grandes vacilaciones diagnósticas; un abatimiento general del organismo por causas de una digestión entorpecida, anorexia, astenia gástrica, sensación de frío en piés y manos, dolores extraordinarios que, recordando las crisis tabéticas, producen gran decaimiento de fuerzas; tal es el conjunto de síntomas vagos por los que se manifiesta el cáncer del estómago, á cuyo diagnóstico no podremos llegar si nuevos datos de quimismo gástrico unido á una melena, ó la aparición de signos físicos, no resuelven la duda, descubriendo el sostén en que se apoyan los sintomas neurósicos.

La dilatación gástrica como especie morbosa, envuelve un conjunto de síntomas dependientes del trastorno causal en que se apoya el tipo protopático que Bouchard hace depender de la neurastenia; pero ya sea de predominio esencial, ya se encuentre ligada á obstáculos mecánicos, los síntomas nerviosos son los primeros que abren la escena con sus sensaciones molestas en la región gástrica, paroxismos dolorosos con sus irradiaciones á la espalda y pecho, regurgitación, eructos desagradables y vómitos, que, siendo abundantes y con resíduos alimenticios de días anteriores, dan la clave patognomónica del diagnóstico.

Más adelante, cuando la gastro-intoxicación se desenvuelve, aparecen las terribles noches de insomnio, las pesadillas, las visiones terroríficas, la excitabilidad de ánimo, el delirio, el coma y los reflejos complicados, que terminan en un cuadro de convulsiones y tetania.

Para terminar estos cuadros, hemos de mencionar que los desplazamientos del estómago pueden denunciarse por determinar síntomas neurósicos de hiperestesia gástrica, cardialgias y desmayos debidos á la tracción de las ramas nerviosas de las paredes del estómago y de los plexos simpáticos, que en ocasiones pueden ser origen reflejos, de neurosis más complicadas, como el histerismo y neurastenia de causa visceral.

***

Pocas veces los síntomas neurósicos relacionados con las enfermedades del aparato intestinal, se presentan dominando el cuadro patológico hasta el punto de ser dudosa la interpretación de las l-

siones en que se apoyan; no obstante esto, la indiscutible existencia de una relación anatómica entre este tramo del aparato digestivo y el sistema nervioso cerebromedular, nos explica la influencia que la corteza del cerebro tiene sobre los movimientos del intestino, ora acelerándolos, ya dificultándolos por intermedio de las fibras motrices que se albergan en el nervio vago y los inhibitorios que tienen su trayecto intramedular (Gómez Ocaña). Este enlace nervioso es el responsable de que en la clínica neuropática tropecemos frecuentemente con síndromes que, teniendo su desenvolvimiento en el tubo intestinal, no obedezcan á ninguna lesión, aunque bien pudieran simularla, y que á cada paso luchemos con síntomas de rara interpretación, susceptibles de modificarse por una acción medicamentosa, que está fuera de los límites de la terapéutica racional: tal sucede con el estreñimiento habitual, que en las histéricas depende, según Brunton, de un reflejo inhibitorio que parte de su ovario, y que cede por la medicación opiada.

Vemos, pues, cómo los síntomas neurósicos son un accidente secundario en la sintomatología de las lesiones del intestino, y pocas veces pueden enmascararlos ó complicarlos; sólo tendremos que hacer mención de que la pseudo-oclusión puede presentar un cuadro de supresión de las deposiciones y ventosidades, vómitos estercoráceos y colapso grave; y como este cuadro, lejos de presentarse siempre autónomo y sin lesión que lo explique más que un accidente histérico, puede ser en otros casos el resultado de un desorden reflejo debido á una lesión orgánica ó infección bacteriana, bueno es que tengamos presente esta posibilidad para que, no olvidando lo remoto, grave, aunque cierto, pensemos en lo inmediato leve, y falso en muchas circunstancias.

En muchos procesos agudos de naturaleza infecciosa, en los que, como el cólera y diarreas colicuativas, se producen grandes evacuaciones que acarrean gran desecación hemática, son frecuentes los síntomas por parte del sistema nervioso, como los estados convulsivos, los calambres y la inhibición cardíaca que conducen á un colapso mortal.

La sintomatología nerviosa que se desenvuelve por la presencia de tenias en el intestino, merece detengamos nuestra atención, porque si bien es cierto que de estos fenómenos se han hecho en no lejanas épocas juicios fantásticos respecto de las más complejas sensaciones, describiéndose con risible convicción todos los movimientos del parásito y hasta las impresiones de su mordedura, no es me-

nos positivo que, sin llegar á estas imaginarias novelas, los síntomas á que pueden dar lugar su presencia, son dignos de tenerse en cuenta, como cuadros neurósicos que pueden simular los más complejos síndromes.

Todos recordamos de nuestra práctica enfermos que tratados como dispépsicos unas veces, considerados como neurósicos otras, juzgados como mentales en ocasiones, se alivian y curan por la expulsión de una tenia que su sintomatología no fué suficiente á preveerla. De varias clases pueden ser estos síntomas neurósicos. Por parte del aparato digestivo pueden presentarse sensaciones dolorosas extremadamente variadas, ya en forma de peso, pellizcamiento, sensación de bola, ó bien con aspecto de cólicos, que aparecen y desaparecen con sorprendente rapidez; trastornos en la sensación de hambre, que se manifiesta tanto por exceso como por anorexia, y que en algunos casos se une á esto náuseas, vómitos, estreñimiento ó diarrea. En algunos casos se han presentado trastornos hepáticos y hasta pasajeras cirrosis por obstrucción del conducto colédoco por el parásito.

Por parte del sistema nervioso los reflejos pueden ser sensoriales y sensoriomotores; entre los primeros la alteración del oído, afasia momentánea y las perturbaciones visuales, con ó sin dilatación pupilar, ocupan un lugar preferente; los segundos, siendo más complejos en sus manifestaciones, se denuncian por vértigo, insomnio rebelde, contracturas, espasmos laríngeos, convulsiones, sobre todo en los niños, corea, parálisis y ataques epileptiformes distintos de la epilepsia idiopática, en que el itus es menos brusco, las caídas menos graves y las heridas excepcionales, aunque la duración del ataque sea mayor en estas formas pseudo-epilépticas. Constituyen otra fase de los síntomas cerebrales los cambios de carácter que sufren estos portadores de parásitos, que á veces le conducen á la hipocondría que Esquirol ha señalado como síntoma relativamente frecuente, á la que se unen ensueños penosos y extraños.

Reflejos menos complicados, pero molestos en alto grado, son los trastornos respiratorios, la tos frecuente y penosa y los síntomas de pseudo-asma.

Una sintomatología más compleja, que parece relacionada con la existencia del botricéfalo, es la exageración de los síntomas apuntados, á los que se unen un insomnio más pertinaz, deposiciones irregulares, náuseas, vértigos, palpitaciones, cardialgias y desfallecimientos capaces de desorientar al clínico más acostumbrado. Es-

tos síntomas, que por sus manifestaciones y desenvolvimiento constituyen sólo fenómenos neurósicos, jamás son suficientes para fundamentar el juicio clínico, al menos que una sagacidad práctica afamada, sea capaz de juzgar como parasitaria la anemia que á veces acompaña á estas manifestaciones morbosas.

(Continuará).

BIBLIOGRAFIA

POR

DON FEDERICO TOLEDO DE LA CUEVA

Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.

I. Discursos leídos en la sesión inaugural de la Real Academia de Medicina de Zaragoza el año 1906.

II. Causas á que puede obedecer la mayor frecuencia actual de la diabetes sacarina, por D. Antonio Segarra.

III. El coeficiente de utilización nitrogenada en la orina, por D. José M. Casado Torreblanca.

IV. Alcoholismo, su influencia en la degeneración de la raza latina, por D. Antonio Muñoz Ruiz de Pasanis.

I

Los discursos leídos en la Real Academia de Medicina de Zaragoza al inaugurarse el curso actual son dignos de sus autores y de la ilustre Corporación de la invicta ciudad, una de las más importantes de España desde el punto de vista médico. Basta ojear la Memoria leída por el digno Secretario perpetuo de dicha Academia, Dr. D. Pablo Sen, y en la qué hace una completa reseña de las tareas de la docta Corporación zaragozana durante el curso anterior, para comprender la verdad de lo que decimos.

Del discurso inaugural en dicha sesión estuvo encargado el doctor D. Mariano Muñoz Redondo, quien disertó sobre las *Infecciones que se asocian con frecuencia*. El discurso del Dr. Redondo, corto de extensión, pero nutrido de sana doctrina clínica, es un estudio acabado de las asociaciones del microbio de Pfeiffer con otros varios bacilos, en particular con el de Koch. Dicho discurso merece ser leído detenidamente, porque contribuye á explicar el carácter proteiforme de la gripe, y porque sin pretensiones de ningún género, puede considerarse como modelo de esta clase de trabajos.

II

El *Colegio provincial de Médicos de Alicante*, comprendiendo que uno de los fines de estas instituciones es servir de estímulo al progreso de la medicina, además de estrechar los lazos de compañerismo, tuvo en 1905 la feliz idea de celebrar un concurso científico. A este certamen acudió el ilustrado médico de Villajoyosa D. Antonio Segarra y Lloret, cuyo trabajo acerca de las *Causas á que puede obedecer la mayor frecuencia actual de la diabetes sacarina y medios que convendrá emplear para atajar dicha frecuencia y combatir la enfermedad*, tema propuesto por la citada Corporación, fué premiado con mención honorífica.

Sin ser el trabajo del Sr. Segarra una Monografía completa de la diabetes sacarina, es un estudio bastante notable de esta enfermedad, sobre todo en lo que se refiere á su etiología, por más que creemos que el autor es demasiado exclusivista al atribuir como su causa única el cansancio nervioso central. Las consideraciones en que se funda el Sr. Segarra para defender su tesis son tan lógicas y están expuestas con tanta claridad y maestría, que bien merecen recomendemos tan importante folleto, seguros de que será consultado con gusto por todos cuantos tengan amor al estudio.

III

El distinguido Secretario de la redacción de la *Gaceta Médica de Granada*, D. José María Casado y Torreblanca, ha tenido la feliz idea de publicar en un elegantísimo folleto su Tesis de Doctorado. Versa sobre el *Coeficiente de utilización nitrogenada en la orina*, tema importantísimo por ser poco lo que acerca de tan interesante asunto se ha dado á la estampa.

El Dr. Casado Torreblanca ha desarrollado su tema con gran habilidad, haciendo un estudio completo del coeficiente de oxidación azoada, no sólo en estado normal, sino en el patológico, y de los métodos que pueden emplearse para obtenerlo. Los estudios urológicos cuentan en nuestro país con muy pocos partidarios, y el doctor Torreblanca merece plácemes sinceros por la publicación de su trabajo, en el que se encuentra reunido lo más importante que se ha publicado acerca de este asunto, más el fruto de la experiencia personal del autor. Si el nombre del Dr. Torreblanca no fuera ya ventajosamente conocido del público médico, su Tesis doctoral con-

tribuiría á darle justa y legítima fama entre sus comprofesores. El Tribunal calificador procedió con rigurosa justicia al premiar con el calificativo de Sobresaliente la notabilísima Tesis de Doctorado del reputado periodista médico, á quien felicitamos por su trabajo.

IV

Es el Dr. Muñoz Ruiz de Pasanis tan conocido de la clase médica como propagandista incansable y autor de obras de mérito excepcional, entre otras su notabilísimo *Tratado de las enfermedades de la aorta y funcionales del corazón*, que se espera con ansia un nuevo trabajo de tan distinguido publicista y se lee con ansia y deleite. Débese esto á que el Dr. Ruiz de Pasanis sabe hermanar como pocos lo útil y lo agradable, y expone con tanta claridad los temas que plantea, que al leer uno de sus trabajos no se sabe qué admirar más, si el fondo de doctrina que encierra ó su forma galana y literaria.

Su último trabajo prueba de una manera palmaria lo que decimos. El alcoholismo es un asunto tan manoseado, que parece mentira pueda decirse nada nuevo acerca de él. Y sin embargo, el doctor Ruiz de Pasanis trata tema tan trillado de un modo tan sugestivo, que principiando la lectura del folleto no puede dejarse de la mano hasta terminarlo. Sus brillantes descripciones, sus argumentos irrefutables y su fondo de doctrina forman un conjunto tan especial y encantador, que colocan al Dr. Pasanis entre los mejores escritores médicos contemporáneos.

No es posible hacer un resumen de su último trabajo ; es preciso leerlo, meditarlo y admirarlo, porque constituye un cuadro tan acabado y gráfico del alcoholismo, que bien puede decirse que con él hace el Dr. Ruiz de Pasanis sólo más que muchas de las Sociedades de templanza dedicadas á combatir esta plaga social. Bien merece, pues, las felicitaciones que ha recibido por su publicación, y que creemos muy merecidas.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 28 de Abril de 1906

Tabes por saturnismo. — El Dr. *Espina* presenta el enfermo afectado de tabes por saturnismo crónico, de que se había ocupado en la sesión anterior, y que, como entonces indicó, había recobrado la motilidad, que estaba completamente abolida, merced á la reeducación por el sistema Zander hospitalario, al que había añadido el empleo del yoduro de potasio como medio eliminador, tomando el enfermo hasta 18 gramos diarios.

El enfermo, que subió por su pié al estrado, anduvo por él á paso natural y gimnástico, recogió del suelo una moneda, hizo flexiones de piernas y otros varios movimientos, que pusieron de manifiesto los resultados obtenidos por el tratamiento, toda vez que tres meses antes estaba completamente postrado.

El Dr. *Decref*, después de felicitar al Dr. Espina, establece las diferencias que existen entre la mecanoterapia y la reeducación, términos que se confunden generalmente, siendo el principal objeto de la segunda poner en ejercicio los sistemas articular y muscular.

Que los complicados y costosos aparatos del Instituto Zander pueden reemplazarse sin inconveniente por otros más sencillos, como hacen los que se dedican *en serio* al empleo de estos procedimientos.

Expone algunas consideraciones acerca de la reeducación en general, y especialmente de los tabéticos, deduciendo de ellas que no todos son susceptibles de tratarse de este modo, y afirma que puede perjudicarles el movimiento muscular activo, pues que cuando se ha querido emplear este sentido para la reeducación, se han observado grandes perjuicios para los enfermos, y que en estos casos se aconseja el *masaje* y la gimnasia sin aparatos, haciéndoles efectuar los movimientos con los ojos abiertos y cerrados alternativamente.

Aparato para la toracentesis.— El Dr. *Codina* presenta dicho aparato y le hace funcionar. Había dado cuenta de él al XV Congreso internacional de Medicina recientemente verificado en Lisboa ; el «toracentesio del doctor Cavezali», y con el cual el Dr. Codina había practicado aquella misma mañana una segunda toracentesis en un enfermo de su clínica, extrayendo 550 gramos de líquido en diez minutos.

Con motivo del empleo de este aparato, hizo algunas consideraciones acerca de patología torácica desde el punto de vista de la presión positiva ó negativa que existe dentro de la pleura, y especialmente de las diferencias de presión dentro de las cavidades pleuríticas cuando contienen derra-

mes, manifestando que estaba admitido como un hecho cierto que en estado normal la presión es negativa, pero que cuando hay una cantidad de líquido dentro de la pleura, las condiciones mecánicas varían, habiéndose encontrado unas veces presiones negativas y otras positivas, y que al fin y al cabo, la posición que adoptan los órganos dentro del tórax no es más que el resultado de una serie de presiones y de tracciones elásticas, á que están sometidos todos los órganos capaces de moverse, aun el mismo corazón, que debe á aquéllos su posición normal, y de ahí que algunas veces, aun en derrames unilaterales ó de una pleura sólo en que la presión se ha encontrado negativa, sobre todo si el derrame es del lado izquierdo, se haya desviado el corazón, porque era menos negativa que la negativa de la cavidad de la otra pleura.

Hace notar después el Dr. Codina que el aparato de que se ocupa no es otra cosa que un sifón que lleva interpuesto un sencillo mecanismo para hacer una succión preliminar. Entre otras ventajas tiene la de poder ser utilizado por una sola persona. Termina manifestando que el mencionado aparato tiene sus antecedentes en la ciencia, recordando á este propósito los trabajos de Onverrich, publicado el año 1880, y el de Alexander.

Fiebre aftosa.—El Dr. *Ortega Morejón* manifiesta que el Laboratorio municipal de Madrid dispone de todos los elementos necesarios para obtener con toda perfección la vacuna. Que hay en él dos departamentos, el establo y el laboratorio; que el primero tiene piso de madera enrejado, por el que las deyecciones de las terneras van á parar á un subsuelo impermeable, en plano inclinado, para que aquéllas escurran á un canal con corriente de agua, cerrado por medio de un sifón; que dicho establo está dividido en cuatro compartimentos separados por tabiques portátiles para poder quitarlos y facilitar la limpieza y ventilación del establo, en el que además hay agua caliente y fría y un termómetro para regular la temperatura entre 18 y 20°.

En cuanto al laboratorio, manifiesta que era un amplio departamento con todos los instrumentos y utensilios necesarios, y que la mesa á que se sujeta la ternera está articulada, de modo que se puede inclinar al animal sobre el costado izquierdo, de manera que quede el derecho al nivel del operador.

Describe después la técnica de la operación, manifestando que antes de comenzarla se lava la región de la ternera en donde aquélla va á practicarse, y se desinfecta con creolina, lavándose después con agua esterilizada y cortándose con unas tijeras el pelo de la piel, enjabonándose el sitio y dejándole completamente aséptico.

Que, una vez terminada la operación, se pone á la ternera un collar que la impide lamerse, procurándose que la cama en que descansa el animal esté lo suficientemente mullida para que las pústulas no se deformen y que para hacer la recolección de la vacuna se vuelve á colocar la ternera en la mesa, se limpia la región con una brocha que no tenga álcali, lavándose con agua esterilizada con creolina al 2 por 100. Se seca, y con una cucharilla cortante, se hace el raspado del sitio; que toda esta operación viene á durar unos seis minutos, y las pústulas, según se van recogiendo, se colocan en una caja de cristal con glicerina aséptica, evitando que queden ex-

puestas á la luz, llevándose después esta caja con las pústulas y la glicerina á un aparato refrigerador, donde se tienen por espacio de diez días, con lo cual la virulencia de la vacuna no se altera nada, y en cambio los demás microorganismos sufren una alteración extraordinaria. Pasados estos días se vuelven á coger las pústulas, se quitan los coágulos sanguíneos, se malaxan aquéllas en un mortero de Gres, de grano grueso, y se llevan á un aparato á propósito para hacer la esterilización mecánica, no repartiéndose la vacuna hasta que se ha hecho su comprobación.

Respecto á lo sostenido por el Dr. Codina en cuanto á la vacunación directa de ternera á brazo, manifiesta el Dr. Ortega Morejón, entre otras razones contra tal procedimiento, que la ternera no puede llevarse á todas partes y que la glicerina tiene la ventaja de que atenúa la vitalidad de todos los organismos que no sean de la vacuna, y que está demostrado que evita la alteración de ésta.

El Dr. *Iglesias*, para rectificar un concepto que le había atribuído el doctor González Alvarez, manifiesta que le había extrañado la afirmación terminante de este Sr. Académico, de que la enfermedad, en el caso de que se venía tratando, había sido fiebre aftosa, y que debía proscribirse completamente la vacunación directa de ternera á brazo; que á este propósito iba á exponer el juicio que había formado en definitiva, después de las manifestaciones que había hecho el Dr. González Alvarez, y á hacer alguna alusión á un debate, que se había sostenido en la Academia en otra ocasión; que su rectificación se limitaba á exponer que no sólo no puso en duda, sino que manifiesta de un modo terminante su opinión, de que ya por deficiencias ó por distintas faltas, podía la vacunación antivariólica determinar accidentes ó complicaciones de más ó menos gravedad; y que tampoco había tenido intención de negar las ventajas del estudio de esta importantísima cuestión, porque de estudiarla, había de resultar el medio de evitar los accidentes que la vacunación puede producir, cuando no se hace la inoculación con las condiciones de asepsia y precaución necesarias; y que, por lo tanto, su opinión había sido y era, que todas las precauciones que se pusieran en práctica para el cultivo de la vacuna, para su recolección y para su pureza, merecían la consideración y el aprecio de todos los amantes de la ciencia y de la humanidad, y que aun cuando él, que desde 1859 había vacunado y visto vacunar de brazo á brazo, directamente de la ternera y con la vacuna glicerinada, no había observado accidente ni complicación alguna, no podía poner en duda, ni menos negar, que por las deficiencias á que antes había aludido, podían presentarse accidentes y complicaciones, como las afecciones de la piel, dermitis, etc., y, sobre todo, la infección sifilítica, que puede ser causa de accidentes gravísimos cuando no se han tomado las precauciones necesarias.

Que su opinión, después de las consideraciones que se habían expuesto y de los hechos alegados por el Dr. González Alvarez, era, de un modo terminante y decidido, que faltaban muchas pruebas para asegurar que se había tratado de una fiebre aftosa; que á su entender, como tuvo el honor de manifestar, el caso en cuestión era de angina estreptocócica, porque la incubación había sido de doce á trece días, en tanto que la incubación de la fiebre aftosa no pasa de ocho días; porque las localizaciones se obser-

varon primero en la faringe, en tanto que en la fiebre aftosa aparecen primero en la mucosa de la boca; porque hubo manifestaciones en la trompa de Eustaquio y en la lengua, y se presentó un absceso del lado izquierdo, y la propagación de la fiebre aftosa se verifica hacia el estómago, esófago y aparato digestivo; y por la manera como se presentó el enantema y el exantema, entendía que se trataba de una angina estreptocócica y en manera alguna de una fiebre aftosa.

Que en 1902, la Academia trató de este asunto, con motivo de una comunicación análoga que hizo el Dr. González Alvarez, y en cuya ocasión se trataba de una niña alumna de un colegio próximo á Madrid, cuya enfermedad terminó por la muerte; y que las opiniones de los que entonces tomaron parte en el debate, fueron de que no se había tratado de una fiebre aftosa, sino de una fiebre grave con manifestaciones en las mucosas bucales.

El Dr. *González Alvarez* empieza manifestando que ocuparía breves momentos la atención de la Academia por disponer de poco tiempo, por no tener nada que rectificar y muy poco que añadir; que aunque los señores Académicos que han intervenido en el debate no se habían mostrado conformes con el diagnóstico de fiebre aftosa, como está admitido que pudiera serlo, y que esta enfermedad puede propagarse por la vacunación directa de ternera á brazo, si no se toman todas los precauciones necesarias, es por lo que presenta el caso diagnosticado de fiebre aftosa, porque tal era, en su opinión, la enfermedad padecida por el enfermo, para deducir de esto la proposición de que jamás debe vacunarse de ternera á brazo; es decir, que nos encontramos ahora en un período análogo á aquel en que se prohibió la vacunación de brazo á brazo por los peligros graves que entrañaba, siquiera fueran rarísimos, siendo también rarísimas, en los momentos presentes, las causas que obligan á rechazar la vacunación directa de la ternera al hombre; que la principal de ellas es la sífilis, que se puede transmitir por este modo de vacunación, tanto más, cuanto que hoy está universalmente admitido que el contagio de la sífilis puede efectuarse por medios mucho más sencillos, y que no solamente debía rechazarse la vacunación directa de ternera á brazo, sino toda aquella en que la vacuna que hubiera de emplearse no se hubiera obtenido con todos los procedimientos profilácticos y se tuviera absoluta confianza en sus buenas condiciones, porque de otro modo, los accidentes, aunque muy escasos, pueden presentarse. Que, por lo demás, es tal su confianza en este medio profiláctico, que se vacuna todos los años.

En cuanto á lo expuesto por el Dr. Ortega Morejón acerca de la instalación y procedimientos seguidos en el Laboratorio municipal para la vacuna, hace constar lo mucho que se congratulaba de que allí se hicieran estas cosas de modo tan escrupuloso y perfecto, mostrándose partidario de sacrificar la res después de hecha la recolección, consignándose al propio tiempo que desgraciadamente no sucedía lo mismo en todos los Institutos de vacunación.

Por último, el Dr. González Alvarez da lectura á cartas de Varsovia, Chicago y Michigan, en que eminentes profesores contestaban á la consulta que les había hecho en el sentido de que allí jamás se hacía la vacuna-

ción directa de ternera á brazo, y los procedimientos allí empleados para obtener la vacuna, añadiendo que en todas partes se emplea la pulpa glicerinada y que hay Institutos en que no se conserva la vacuna más que una semana.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 18 de Abril de 1906.

Un caso de histerectomía abdominal total. — El Dr. *Gutiérrez* hizo la exposición de un caso práctico referente á una mujer de treinta y cuatro años, que después de un parto y un aborto reunidos hacía diez y siete años respectivamente, sufrió un ataque de anexitis aguda y pelviperitonitis consecutiva, viendo después desarrollarse un tumor en el vientre, que al par de las molestias y dolores que le ocasionaba y que se propagaban á la pierna derecha, dificultaba á menudo la micción.

Reconocida en la consulta pública del Instituto Rubio, apreció el doctor Gutiérrez la existencia de fibromas múltiples, uno de los cuales llenaba por completo la pelvis menor, deprimiendo fuertemente la bóveda vaginal y rechazando hacía arriba sobre la sínfisis pubiana el cuello uterino, que estaba completamente borrado, costando gran trabajo alcanzar su orificio extenso, porque el tumor dejaba muy poco espacio entre él y la sínfisis pubiana. Existía además una anexitis doble, causa principal de las molestias de esta enferma. Fué operada por el Dr. Gutiérrez, quien encontró las cosas peor aún de lo que se las había imaginado, siendo una de las más difíciles intervenciones que ha practicado, pues además de hallarse el colon pelviano íntimamente soldado á la pared posterior del útero y ocultando con la porción sigmoidea y el ciego el fibroma incarcerado de la excavación, en el lado derecho existía una salpingitis supurada que al ser desprendida de sus íntimas adherencias con el fondo peritoneal y el mesociego, se rompió, vertiéndose el pus sobre las compresas que cubrían los intestinos. El ovario quístico y del tamaño de un huevo de gallina: los anejos izquierdos, también inflamados y quísticos, adherían á la pared posterior del útero. Después de despegar la porción del intestino adherida y los anejos, y dueño ya de los pedículos vasculares utero-ováricos, trató de desencapsular el tumor encajado en la pelvis menor, que habiendo tenido su origen en la porción alta del cuello por debajo del repliegue de Douglas, se había desarrollado hacia la excavación, apropiándose la bóveda vaginal y borrando el relieve del hocico de tenca. A pesar de sus tentativas no le fué posible movilizarlo; entonces despegó la vejiga y lo atacó por la parte anterior, disminuyendo su volumen con la enucleación de un buen trozo, cual le permitió seccionar la vagina por su inserción anterior, desencapsulando el fibroma de la pared vaginal anterior hasta llegar al polo más inferior del mismo, de modo que se juntasen los dedos de ambas manos, unos por delante y otros por detrás del tumor, logrando así extraerlo, una vez cogidos y seccionados los pedículos vasculares correspondientes á las uterinas.

Hizo, pues, una histerectomía abdominal total, por ser absolutamente imposible en este caso, como en otros, practicar la subtotal, según quieren sistemáticamente hacerlo algunos Profesores, y terminó el Dr. Gutiérrez diciendo que cada procedimiento tiene sus indicaciones especiales y cada caso exige modificaciones también especiales, aunque los principios fundamentales de la técnica se cumplan de igual modo en todos los procedimientos, por lo que respecta á la hemostasia. Después, el Dr. Gutiérrez mostró á los señores socios y al público la pieza patológica, en la que se comprobaba la existencia de un mioma submucoso, bastante grande, otro subperitoneal intraligamentario del lado derecho, uno cervical de mayor volumen que subperitoneal también llenaba la excavación, como una cabeza de feto de todo tiempo, y además, se veían las lesiones anexiales relatadas por el citado Dr. Gutiérrez.

Tos convulsiva gripal. — El Dr. *Benitez* dice que bajo la influencia de la constitución médica y epidémica reinante, los casos de gripe se han multiplicado durante el corriente año y ha tenido la ocasión de observar varios niños atacados de tos convulsiva, algunos de los cuales, más de una vez, han dado motivo para que le llamaran en consulta, por dudar si estarían atacados de coqueluche.

Dice que no hará un estudio completo y comparativo de la gripe y de la coqueluche, ni tampoco de las toses coqueluchóideas, agudas y crónicas, sino solamente recordará algunos de los síntomas más salientes para poder hacer rápidamente y á la cabecera del enfermito el diagnóstico clínico diferencial de la coqueluche y de la tos convulsiva gripal.

En primer lugar, deberá tenerse en cuenta que si la tos ferina (excepción hecha de algunas formas frustradas) es siempre convulsiva, no toda tos convulsiva es tos ferina.

La tos convulsiva que ataca á los niños que ya padecieron la coqueluche, debe inclinar el ánimo á creer que no se tratará de esta afección, porque la coqueluche recidiva excepcionalmente.

La hipertermia suele anunciar el principio de la gripe, pero como la fiebre puede ser moderada y también se acusa al principio de la coqueluche, no doy á este síntoma un gran valor más que en el primer caso.

La retrofaringitis se observa con más frecuencia en la gripe, así como en el curso de la coqueluche la ulceración sublingual. No he podido comprobarla nunca en el curso de la tos gripal, pero se comprende que puede producirse.

La tos gripal es frecuentemente convulsiva desde el principio, es decir, que una ligera rinofaringolaringotraqueítis aguda puede dar lugar á que la tos tenga dicho carácter desde el primer ó primeros días, pero faltando generalmente la inspiración sibilante final del acceso, de la verdadera coqueluche. Dado caso que esta inspiración no faltara, tendrá, á su juicio, un valor clínico de primer orden, por haber observado que si su producción es frecuente en el curso y casi constante al final de los accesos de tos ferina, suele, por el contrario, iniciarse el acceso por una fuerte, ruidosa é inesperada inspiración y sin que el niño anuncie la crisis.

Si á causa de la tos gripal se produjesen vómitos y se arrojasen mucosidades al final de los accesos, ni á aquéllos deben concedérseles clínicamente

valor patogénico diferencial alguno, ni éstas acusarán los caracteres macroscópicos del producto líquido, transparente, parecido á la clara de huevo, pegajoso en exceso, que hace hebra y que da por terminado con su expulsión los accesos de coqueluche, sino que más parecen mucosidades densas amarillentoverdosas, mucopurulentas.

Por último, el curso de la tos gripal es más irregular y más breve que el de la coqueluche.

El Dr. *Sarabia* opina, acerca de cuanto ha expuesto el Dr. Benitez, que tiene su importancia precisar en clínica este proceso patológico de tos convulsiva, puesto que de la exactitud de un diagnóstico causal depende el éxito del tratamiento.

No es indiferente para los organismos castigados por infecciones previas ó que por sus condiciones orgánicas estén predispuestos á lesiones consecutivas á los efectos mecánicos é infecciosos de la tos, la intensidad, duración y naturaleza de esos ataques de forma convulsiva á que se refiere el Dr. Benitez, pues hay que comprender que todo niño que tose, es por sí un enfermo de algo que hay que determinar, y por lo menos, un predispuesto á padecer lesiones evitables.

Es cierto clínicamente cuanto el Dr. Benitez acaba de exponer; él ha observado con exactitud lo que son esas toses convulsivas insólitas que se observan en las epidemias de gripe, y con frecuencia en la del año actual. Enfermos de catarro bronquial de índole gripal que durante cuatro ó seis días nada de notable acusa su tos, repentinamente se inicia un ataque convulsivo que dura algún tiempo, en el cual el espasmo glótico no es muy acentuado. El Dr. Benitez ha observado niños en buen estado de salud y cuyo primer síntoma se revela por el ataque de tos convulsiva con una fuerte inspiración sibilante, cuyo ataque sigue durante algunos momentos con un aspecto parecido al de la tos ferina.

No ha observado el Dr. Sarabia enfermos de este tipo, aunque sí del cuadro caracterizado por los síntomas suaves unas veces antes descritos y otros por un ataque de tos fuerte y duradero, que le permite señalar dentro de la tos convulsiva gripal dos formas, una leve y otra más intensa, que cree debida á excitación del laríngeo inferior por localización laríngea subglótica gripal del tipo descrito por Gallois. El ataque en esta clase de tos convulsiva, aunque termina bien, es brusca su aparición, y la tos, en vez de ser por quintas, es seca unas veces y otras de escasa expectoración amarilla, la cara no se abulta, no hay vómitos, ni lagrimeo, ni taquicardia. No preserva de la coqueluche, y aun cuando es contagiosa por lo que tiene de gripal, no suele ser precisamente la tos de esta forma la que se contagia y sí la gripe misma en otras manifestaciones. De este tipo de tos gripal se ven con frecuencia en las epidemias reinantes y en la observación de la forma á que hace referencia determinada por laringitis subglótica.

De esta forma clínica ha observado tres casos, dos de duración corta relativamente á otro caso ocurrido en un niño de tres años de edad, en el cual, precedido cinco días de infección gripal de localización laringobronquial, de repente aparece un ataque de tos seguida, golpe tras golpe, sin inspiración sibilante, ni expectoración, ni vómitos, que duró tres horas, pasadas las cuales el niño, abatido, con los dedos fríos, falto de fuerzas,

sin taquicardia, con hipotermia y sin que se le mitigara aquella tos con maniluvios sinapizados, aplicación de esponjas con agua caliente sobre la garganta, enemas de cloral, etc., hasta que después de tres horas aplicó inhalaciones de cloroformo hasta determinar una semianestesia, con la cual se logró vencer aquella acometida de tos convulsiva que inquietaba á la familia y al médico, pues la impotencia de los medios empleados le hacía temer algún colapso por abatimiento de fuerzas, que se agotaban á causa de tanta sacudida por la tos convulsiva.

Cree primero hacer el diagnóstico diferencial de ésta con otras clases de tos en las epidemias de gripe, y al efecto, se ocupa de los caracteres diferenciales que existe entre las llamadas coqueluches frustradas descritas por Trousseau, Roger, Riellet y Badhes, Jacobson de Bucarest y otros, en los cuales además de la forma de comportarse, tiene la característica de la duración larga y del posible contagio. Se ocupa de la tos á que se refiere Smit en los anémicos nerviosos y por excitación intestinal en niños de cuatro á doce años; de la tos *faringea*, tan especial por su aparición en las primeras horas de la mañana, flemosa y á veces con estrías, y aunque causa de sorpresa casi siempre en las lesiones de la campanilla, amígdalas, etcétera; de la tos nocturna, por adenoides, de la tos en los adenopáticos, consecutivas á lesiones del sistema linfático por infecciones previas (sarampión, bronquitis, etc.), y concluye afirmando su opinión clínica en favor de la existencia de esta entidad morbosa como variante de manifestación gripal, de la cual hay dos formas, una leve, de poca intensidad y duración en cuanto ataque de tos se refiere, y otra, intensa, brusca y en la cual los ataques son del tipo del que ha descrito y cuyo tratamiento exige á veces hasta la semianestesia clorofórmica para lograr vencerle, y cree que la patogenia en este caso de gran intensidad, tiene explicación en la localización subglótica del agente determinante de la gripe que provoca el fuerte ataque por irritación del laríngeo, que en su estímulo constante, determina el cuadro descrito anteriormente.

El Dr. *Carazo* pretende describir el microbio de Pfeiffer, diciendo que es uno de los que se tiñen con el Gram, presentándose en cadenetas, siendo su tamaño grande, formando verdaderos palotes y que es fácil verle con un pequeño aumento, unos 600 diámetros.

El Dr. *Cardenal* combate lo dicho por el Dr. Carazo, manifestando que, si no recuerda mal, dicho microbio tiene dimensiones mucho más pequeñas.

El Dr. *Benitez* dice que al hacer esta comunicación á la Sociedad, no ha hablado del examen microbiológico de las secreciones, porque su propósito era exclusivamente tratar del diagnóstico *clínico* á la cabecera del enfermo, y no del *microbiológico* hecho en el laboratorio, pues en este caso hubiera tratado también del análisis de la sangre y del de las orinas.

En cuanto á que la coqueluche es contagiosa y la tos gripal no lo es, dice que siendo la gripe epidémica y contagiosa, ¿por qué no ha de poderlo ser la tos del mismo origen? La práctica, de acuerdo con la teoría, así lo confirma, y dice podría citar varios casos.

El Secretario de actas,
DR. ISAÁC MORENO.

PERIÓDICOS

Ceguera histérica.—En la *Revista de Medicina y Cirugía*, de Barcelona, se publica un caso clínico expuesto en la Academia por el Dr. Barraquer. Se refiere á un hombre joven que recibió contra los nasales un madero caído desde un cuarto piso, produciéndole una herida irregular de poca extensión, pero que al recibir el golpe perdió el conocimiento y no recuerda nada de lo que pasó los dos primeros días á contar del instante del traumatismo.

Mira con vaguedad; sólo ve hoy por un ojo, el derecho; hay ptosis espasmódica del izquierdo. Presenta hemianestesia traumática y térmica de todo el lado izquierdo de la cabeza y cuerpo; lo mismo le sucede con el oído, el olfato y el gusto. Dice que está muy triste y siempre siente frío intenso en medio de la espalda. Su vaga mirada no obedece á la voluntad, pero sí que fija los ojos donde presta atención por asociación funcional, lo mismo que si mirara.

A pesar de la ceguera ambas pupilas se mueven con facilidad y exactitud á las variaciones luminosas.

Este es un caso de los frecuentes en clínica oftalmológica. Todos ellos son sujetos con estigmas nerviosos que, después de un golpe en la cabeza, pierden el conocimiento, y unos al volver en sí les falta la visión, sienten desequilibrio moral, cefalalgia, y otros acusan trastornos nerviosos á los cuatro ó cinco días, además de la ceguera preexistente, pero en todos ellos hay integridad funcional de las pupilas.

Son, como el presente, histerotraumatismos que además de los síntomas anunciados ofrecen exceso de sensibilidad en la herida ó punto lesionado y una sugestibilidad peculiar que el clínico debe descubrir porque ella es la base de su instantánea curación, ya que todas estas cegueras, mediante una sugestión, cesan como por encanto.

En el presente ha retardado el acto sugestivo para poderlo acompañar á la Academia, de lo contrario en estos momentos no sería ciego. Seguidamente refiere cómo aprendió de curar esta clase de ceguera. Fué una mujer embarazada que pidióle le sacara un ojo que tenía enfermo desde la edad de catorce años, porque el médico que entonces le asistió díjole que si llegaba á ser madre podría perder el otro, y, efectivamente, al cuarto mes de embarazo se tornó ciega del ojo bueno. Examinólo; vió que estaba sano; lo dijo á la interesada y ante la contradicción de pareceres entre médico y enferma, ésta se disgustó, y tuvo tan intensos ataques nerviosos, que hicieron temer por el curso ulterior del embarazo. Entonces, á fin de satisfacer los firmes deseos de que le enuclearan el ojo malo, simuló operarla: le enseñó después un ojo de otro y al día siguiente, al levantarle el vendaje, había recobrado la vista del ojo sano. Después, para evitar que ante el espejo volviera á verse el ojo enfermo, se lo tatuó, diciéndole que le implantaba uno de nuevo y completo, aunque ciego, con todo lo cual volvió á su pueblo contenta y engañada, pero con vista.

Acto seguido refiere otros casos de ceguera histérica á cual más curio-

sos, curados también por sugestión, simulando operaciones ú otros medios sugestivos que suelen impresionar grandemente á esta clase de enfermos, añadiendo que el caso presentado ya lo tiene convencido de que lo curará por medio de un relámpago eléctrico que le hará pasar por el fondo del ojo al instante que esté en disposición.

La ambliopía histérica es producto del choque mental y no del físico, por eso se cura psíquicamente, y para asegurar el diagnóstico precisa que el examen minucioso del ojo nos demuestre que no hay lesión material.

Demuestra claramente la razón de la aparente anomalía clínica de estar abolida la visión y no obstante persistir íntegra la reacción pupilar á la luz, exponiendo una serie de afiligranadas nociones fisiopatológicas de la función visual, que sólo un profundo y concienzudo estudio del sistema nervioso consiente recordar, para repetirlas con la claridad con que lo hizo el señor disertante.

La hemostasia previa en oto-rino-laringología. — En los *Archivos de Ginecopatia, Obstetricia y Pediatría* publica el Dr. J. A. del Cueto lo siguiente:

«La íntima relación entre la salud y la integridad de la mucosa faríngea es sobradamente evidente y conocida de pantiatras y especialistas.

En el día, todo epifarinx ocupado por tumores adenoides, pólipos, etc., es felizmente objeto de inusitada atención por parte del médico, quien no duda en desembarazar al enfermo de su peligroso tejido neoplásico.

Para obtenerlo se empieza por instituir un tratamiento farmacológico, por lo general yódico, el cual ó no hace nada ó provoca el yodismo, circunstancias ambas que lo hacen muy poco recomendable. En su consecuencia, queda tan sólo en pié la intervención quirúrgica, único tratamiento rápido, constante y radical, mas no exento de inconvenientes.

De entre éstos el mayor es la hemorragia. La pérdida de sangre consecutiva al raspado ó al *morcellement* de las vegetaciones suele ser algo considerable, y si bien es cierto que casi jamás es mortal, puede en determinados ó indeterminados sujetos alcanzar proporciones alarmantes y revestir más ó menos gravedad. En estos casos desgraciados, el cirujano no tiene más que agarrarse á la hemofilia y no soltarla hasta haber cesado los velados cargos ó las claras reclamaciones. Como cirujano general he operado muchos niños en Asilos, Hospitales y en mi clientela particular, y puedo asegurar que con la pinza, el cauterio y la gasa me he reído siempre de la hemofilia y *percances similares*. He de advertir que, á imitación del Profesor Kocher (Berna), acostumbrados á ligarlo *todo* y á evitar casi en absoluto la pérdida sanguínea, por ser la única manera de ver bien lo que se hace y de obtener curaciones de primera intención. En el *cavum naso faríngeo* esta pulcritud operatoria no es factible; la cucharilla ó la pinza cortantes raspan ó muerden, respectivamente, tejido adenoideo y *también* mucosa; sinnúmero de vasitos han de quedar abiertos, y si se tropieza con arteriolas de mayor calibre, la abundante hemorragia molesta al operador, pone al niño en peligro de asfixia, mayormente si es muy pequeño, y si no se cohibe pronto hay que hacer un rápido y precipitado taponamiento y empezar á pensar en la pavorosa diátesis hemofílica.

Este accidente, en ocasiones grave, en otras más benigno, pero siempre

temible, tiene un remedio: la isquemia preventiva. Tal isquemia la obtengo con el cloruro de calcio químicamente puro. El *modus faciendi* es el siguiente.

La víspera de la operación, ó los dos días anteriores á ésta, prescríbase la fórmula:

Cloruro de calcio puro.....	3 gramos.
Agua destilada.....	250 —
Jarabe simple para edulcorar.....	c. s.

Para tomar en cuatro veces; la última dos horas antes del raspado. Es incompatible con la leche.

El resultado de esta medicación es el aumento de la coagulabilidad de la sangre, lo cual evita por completo toda hemorragia por rezumamiento, etcétera.

La dosis indicada es para un adulto; á los niños se les dosificará con arreglo á la edad».—SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 8 de Mayo de 1906 (1).

Algunos hechos nuevos acerca de la sífilis experimental. — El Dr. MATCHNIKOFF: Esta comunicación de hechos nuevos la hago en nombre de Roux y en el mío. Sabido es que hoy se admite como definitiva la opinión de que la sífilis es inoculable á los monos antropoides é inferiores del antiguo continente. Hoy nos proponemos someter á vuestro juicio el resultado de nuevas investigaciones que demuestran que el virus sifilítico virulento, inoculado al hombre no sifilítico, puede ser negativo si se tiene cuidado en tomar ciertas medidas preventivas. Este resultado se ha obtenido por medio de las fricciones mercuriales practicadas después de la inoculación del virus sifilítico y en el mismo sitio que dicha inoculación.

Después de haber obtenido con este procedimiento un resultado de los más satisfactorios en 12 monos, no encontramos ninguna contraindicació para intentar la experimentación en el hombre. Entre muchas person que se ofrecieron con este objeto, se encontraba un estudiante de medicin de la Facultad de París; llegado al final de sus estudios médicos, se dab perfecta cuenta del estado de la cuestión y podía obrar con pleno conoc

(1) Las sesiones de los días 17 y 24 de abril y 1.° de mayo no suministraron materia para estas traducciones.

miento de causa. Éste estudiante nunca había tenido sífilis, ni hereditaria ni adquirida. Persuadidos como estábamos de que el método, eficaz para los monos, también debía serlo para el hombre, nunca pensamos que corriera el riesgo serio de contraer la sífilis. En vista de todo esto y en presencia de los Dres. Queyrat, Sabouraud y Salmon, hicimos el siguiente experimento el día 1.° de febrero del año actual: al lado izquierdo del surco balanoprepucial practicamos tres escarificaciones paralelas con el escarificador de Vidal cargado de virus sifilítico procedente de un chancro indurado que databa de un mes; después, y siguiendo el mismo procedimiento, practicamos una inoculación al lado derecho del surco balanoprepucial con virus sifilítico de un chancro indurado que databa de nueve á diez días.

Los mismos virus fueron inoculados el mismo día á un chimpancé, que murió de neumonía diez días después del experimento, sin haber dado ningún resultado. Además, los dos virus, y el mismo día 1.° de febrero, fueron inoculados en las dos arcadas superciliares de cuatro macacos. Una hora después de la inoculación de los virus, las partes lesionadas del estudiante y de un macaco fueron friccionadas durante cinco minutos con una pomada recientemente preparada con 10 gramos de calomelanos y 30 de lanolina; veinte horas después de la inoculación, las arcadas superciliares de otro macaco fueron ampliamente frotadas con la misma pomada; los otros dos macacos se dejaron sin ningún tratamiento á título de testigos.

Dos días después del experimento, la región balanoprepucial del estudiante no presentaba ningún indicio de inflamación; sólo con la lente se distinguía la marca de las escarificaciones, que desaparecieron pocos días después. No obstante, más tarde tuvo en el borde del prepucio, lejos de los sitios de las inoculaciones, pequeñas vesículas, que se llenaron de pus, las cuales, semejantes al herpes, desaparecieron en dos días; nada tenían que ver con la sífilis; los ganglios de las ingles no se hipertrofiaron en ningún momento. Es de advertir que este paciente tenía de vez en cuando, antes del experimento, erupciones vesículosas análogas. Descartado esto, no ha tenido ningún accidente morboso durante los tres meses largos que duró el experimento.

Dedúcese, pues, de ello que á pesar de una inoculación de virus sifilítico incomparablemente más abundante que la que se hace en las condiciones naturales, nuestro paciente ha quedado completamente indemne de sífilis. Esta inmunidad no puede ser debida á la inocuidad de los virus empleados, puesto que diecisiete días después del experimento los dos macacos testigos, no tratados con la pomada, han presentado á lo largo de la arcada derecha lesiones totalmente idénticas á las de tantos otros macacos de nuestros experimentos; mientras que en uno de estos dos testigos el accidente primario ha curado en tres semanas, en el otro se ha desarrollado extensamente y aún es visible, más de dos meses y medio después de su aparición. De los macacos tratados con la pomada, el que había sido friccionado á las veinte horas de la inoculación presentó un accidente primario de la arcada superciliar derecha á los treinta y nueve días de incubación; el que fué tratado al mismo tiempo que el estudiante no ha tenido ninguna manifestación sifilítica.

Estos experimentos suministran la prueba de que la pomada con calomelanos aplicada una hora después de la inoculación del virus sifilítico, es tan capaz de impedir el ingerto de la sífilis en el hombre como en los monos, y además, demuestra que pasadas veinte horas la pomada no ejerce ninguna acción preventiva. Del conjunto de estos hechos se puede concluir que la pomada á base de calomelanos puede utilizarse en la profilaxis de la sífilis. Experimentos ulteriores, algunos de los cuales están ya comenzados, precisarán los detalles del empleo preventivo de las pomadas mercuriales.

El Dr. Hallopeau: La comunicación del Dr. Metchnikoff tendrá seguramente una gran resonancia, aunque Neisser, en el Congreso de Lisboa, haya indicado que él había obtenido muchos fracasos procediendo en la forma referida. Sería conveniente saber si el Dr. Metchnikoff ha observado casos de irritación local empleando la pomada con calomelanos.

El Dr. Metchnikoff: Es ya una confirmación del éxito de nuestros experimentos el que Neisser diga que repitiéndolos no ha obtenido más que fracasos, puesto que, como es bien sabido, durante mucho tiempo Neisser no ha conseguido reproducir la sífilis en el mono, mientras que nosotros lo conseguimos fácilmente, lo propio que otros experimentadores. Reconozco que el experimento hecho en el estudiante es incompleto, puesto que no se ha hecho la contraprueba, que consistiría en inocular el virus sifilítico y no practicar fricciones locales con la pomada mercurial. Pero en el hombre no se puede obrar como en el animal, y, por lo tanto, intencionadamente hemos dejado incompleto el experimento. De todos modos creo que no deja de tener una gran importancia, y en particular si se tiene en cuenta que un mono sifilítico me desgarró la piel, me hice inmediatamente fricciones locales con la pomada de calomelanos y no he tenido ningún accidente. He empleado en mis experimentos la pomada con calomelanos ó con enesol con éxito y sin inconvenientes; sólo he visto que provocaba irritación el ungüento gris.—Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 9 de Mayo de 1906.

Luxación de los huesos del carpo. — El Dr. *Couteau* presentó las radiografías de un enfermo que tuvo, á consecuencia de una caída, luxación de los huesos del carpio, con salida de algunos de ellos por la cara palmar de la mano. La lesión curó por simple reducción con resultado funcional definitivo y satisfactorio.

Hasta la fecha sólo se han publicado 19 casos de este género. Respecto al tratamiento desechó la amputación, y dijo que sólo puede elegirse—según las circunstancias—entre la reducción simple y la resección. De los casos publicados, murieron 3 por infección. Su enfermo tuvo á los cuatro días un flemón del antebrazo, y á los quince neuritis del cubital, con fenómenos paralíticos que persisten en la actualidad, seis meses después de

accidente. Además de esta parálisis ligera, ha tenido algo de atrofia de la mano, ligera anquilosis de la muñeca, pero lo que dificulta más los movimientos de la mano, según demuestra la radiografía, es cierta separación de las extremidades inferiores de los huesos del antebrazo, separación producida al parecer por exóstosis múltiples que ocupan el espacio interóseo y limitan de una manera notable los movimientos de pronación y supinación.

Tumor quístico del cuello.—El Dr. *Walther* presentó esta pieza patológica extirpada recientemente á un anciano de setenta y dos años. El tumor, cuyo desarrollo se remontaba á seis ó siete años, tenía el volumen de dos puños; estaba localizadò en la parte lateral izquierda del cuello, pero procedía al parecer de la región suprahioidea. Rechazaba y comprimía la laringe, y por este motivo y para evitar todo accidente respiratorio durante la operación, el Dr. Walther creyó preferible evacuar la bolsa antes de extirparla. La punción dió salida á más de medio litro de líquido hemático de color de chocolate. La extirpación fué fácil y el enfermo curó sin complicaciones.

El examen histológico de la pieza patológica demostró que se trataba de un «angioma que había experimentado la transformación quística». El Dr. Walther cree, dada la falta absoluta de pedículo vascular, que se trata más bien de un quiste congénito del cuello que ha experimentado la transformación angiomatosa.—(*La Presse Medicale*).—F. Toledo.

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 22 de Mayo de 1906.

Doscientas ochenta y dos operaciones por enfermedades no cancerosas del estómago. — El Dr. *B. G. A. Moynihan* hizo un análisis detallado de estos casos, que dividió en cuatro grupos: úlcera perforante del estómago y del duodeno, 24 casos con nueve muertes; hemorragia persistente, 27 casos con tres muertes; úlcera crónica en sus diversas formas y dilatación del estómago, 209 casos con dos muertes; retracción del estómago en forma de reloj de arena, 22 casos con tres muertes.

El Dr. *H. J. Paterson* cree que uno de los hechos más importantes relacionados con este asunto es la disminución rápida de la mortalidad después de la gastroyeyunostomía, en la que es algo superior á 1 por 100. Los resultados lejanos de las operaciones gástricas son difíciles de conocer. De 116 casos consecutivos de operación por perforación, que ha coleccionado, en el 92 por 100 hubo antecedentes innegables de ulceración, y sólo una proporción pequeña de estos enfermos tuvo hematemesis. La proporción de perforaciones en la pared posterior es de 12 por 100. Convendría que á la vez que se sutura una úlcera gástrica se practicara la gastroyeyunostomía, porque así disminuiría de un modo notable la mortalidad operatoria en estos casos.

El Dr. *W. Hale White* aludió en particular á los casos con hematemesis

abundante; de los 27 casos citados por el Dr. Moyniham, en dos no se encontró úlcera al practicar la operación y uno de los enfermos murió. Ha coleccionado 27 casos de hematemesis, en los que no se encontró úlcera al practicar la operación ó la autopsia. De 10.000 cadáveres examinados, sólo en dos de los que habían muerto por hematemesis no se encontró úlcera del estómago. Conviene, por lo tanto, que la hematemesis puede ser debida á la simple exudación sanguínea, de modo que puede evitarse la operación. En la mayor parte de los casos es probablemente preferible no operar durante la hematemesis, y si ésta es grave, una vez que cesa se practica la gastroyeyunostomía. La mortalidad por hematemesis simple es, en efecto, muy pequeña.

El Dr. *F. S. Eve* cree que la cuestión del diagnóstico es de importancia capital. En muchos casos, al parecer ejemplos típicos de ulceración gástrica, no se encontró úlcera al ser operados. ¿En qué síntomas debe fundarse el diagnóstico de la ulceración crónica del estómago? ¿A qué signos es necesario atenerse para reconocer la existencia de una úlcera cuando se abre el abdomen? La palpación externa es á veces insuficiente, y para la exploración se necesita hacer una abertura en la superficie posterior del estómago.

El Dr. *F. H. Hawkin* aludió á la rareza de la muerte por hematemesis, aun las más copiosas.

El Dr. *Moyniham* dijo que la mortalidad por hemorragia en la úlcera crónica gástrica ó duodenal es probablemente mucho mayor de lo que suele creerse. La recidiva constante de la hemorragia hace la operación necesaria; la hemorragia va acompañada de síntomas de úlcera del estómago ó del duodeno, y se presenta á intervalos cada vez más cortos y en mayor cantidad. Una sola hemorragia, aunque sea abundantísima, no justifica el tratamiento operatorio. La operación no debe practicarse durante la hemorragia. — (*British Med. Journal*) — F. Toledo.

IMPERIAL Y REAL SOCIEDAD DE LOS MÉDICOS DE VIENA

Sesión del día 27 de Abril de 1906.

Influencia de los rayos Röntgen en el embarazo.—Los Dres. *Otfried*, *O. Fillner* y *Federico Neumam* dicen que de los experimentos que han realizado resulta que el hecho de someter á la acción de los rayos Röntgen los ovarios de conejas preñadas, determina el retroceso del embarazo en la primera mitad de éste, no obstante haber preservado al útero de dichos rayos. Los ovarios presentaban signos más ó menos marcados de degeneración. Los autores creen que ambas perturbaciones tienen relación muy estrecha.

Acaso pudieran utilizarse estos hechos para el tratamiento de la osteomalacia, ya que esta enfermedad parece estar relacionada con un aumento de la secreción interna del ovario. También en las hemorragias consecutivas á los miomas, cuando falte poco para la menopausia, para anticipar ésta. Tampoco hay que olvidar la posibilidad de que se apele á este medio para

provocar el aborto con un fin criminal. Por último, pudiera servir para obtener la esterilidad transitoria ó permanente.

El Dr. *Latzko* refiere habérsele quejado una mujer de que, no obstante haber sido sometida á los rayos X por otra persona, se había hecho embarazada.

Aneurisma de origen traumático. — El Dr. *Antonio de Frisch* presenta un guarda de máquinas, de sesenta y cuatro años, que tiene un aneurisma de la cubital en la eminencia hipotenar derecha. Tiene nueve semanas de fecha, y aunque es de origen al parecer espontáneo, es lo más probable que reconozca por causa el traumatismo de carácter crónico á que está expuesto este sujeto, por el hecho de tener que manejar á cada paso destornilladores muy pesados.

Carcinoma de la mucosa de una vejiga ectópica.—El Dr. Antonio de Eiselsberg: La mujer de cincuenta y cuatro años que aquí presento, hija de padres sanos, nació con una ectopia total de la vejiga y con epispadias de la uretra. Gracias á un gran aseo se evitó el desarrollo de un eczema en los muslos, y desde los catorce años lleva la paciente un recipiente urinario. A esa edad se presentó la menstruación, que continuó con toda regularidad hasta los treinta y ocho años, en cuya época cesó espontáneamente. En el mismo año se le practicó la ovarotomía á causa de un quiste del ovario. En mayo de 1903 observó la paciente, por primera vez, un tumor en la mucosa vesical ectopiada, tumor que creció muy lentamente y que sangraba alguna que otra vez. Ultimamente el crecimiento del tumor fué más rápido. En enero de 1905 aparecía la mucosa vesical ocupada casi en su totalidad por una excrecencia á manera de coliflor, la cual venía á ocultar el orificio uretérico izquierdo, que hasta entonces había estado libre. El 21 de enero de 1905, previa anestesia y se circunscribió con un corte toda la mucosa vesical y se disecó con mucha precaución el tumor juntamente con dicha mucosa hasta no dejar unida ésta más que con los dos uréteres y con la pared vaginal anterior. Para que la operación fuese radical se cortaron los uréteres á bastante distancia de la vejiga, y por medio de hilos enhebrados en ellos se atrajeron hacia adelante. Después se practicó una disección exacta de la pared vaginal anterior. Para llenar el defecto que quedaba se incindió la vagina á la derecha y á la izquierda en el plano frontal, se invirtió hacia arriba la pared vaginal anterior y se cosió en dicho defecto. Los dos uréteres se cosieron lateralmente en el ángulo. Curación sin ningún contratiempo. La paciente puede ahora, lo mismo que en otro tiempo, recoger la orina con auxilio de un recipiente, sin grandes molestias. El tumor vesical resultó ser un carcinoma de células cilíndricas; es lo más probable, por lo tanto, que se trate de alguna porción desprendida de la mucosa intestinal, la cual había sido el punto de partida del desarrollo del carcinoma.

Estudios farmacodinámicos sobre la acción combinada de varias sales. — El Dr. *Wolfgang Pauli* explica el principio heurístico (1), por él sostenido, del paralelismo entre las modificaciones coloidales de los cuerpos y los cambios funcionales que se observan en el organismo. Se funda dicho principio en

(1) Heurístico: que sugiere nuevas ideas. —*(Valle)*.

que, en la asociación complicada que constituye y representa la substancia viva, algunos grupos han conservado su independencia fisicoquímica. Esto se observa principalmente en los celipoides (tratamiento narcótico, de Hans Meyer), y en los cuerpos albuminóideos coloidales. Trata después el autor de las dificultades y límites del principio en cuestión. Como base de los experimentos especiales, hay que indicar el hecho de que sólo mediante el empleo de sales de calcio, bario ó estroncio, se consigue que la albúmina se precipite con los sulfocianuros. Se ha tratado de averiguar si se repiten hechos análogos en el cuerpo de los animales, á ver si se modificaba de un modo considerable la toxicidad del sulfocianuro sódico por medio de los alcalinotérreos.

El Dr. *A. Fröhlich* pone de manifiesto una serie de curvas de presión sanguínea que ha obtenido en perros curarizados y morfinizados y que se refieren al curso de la intoxicación con el sulfocianuro y con las sales de estroncio y de calcio. Lo típico de la intoxicación con el sulfocianuro sódico, es el descenso de la presión sanguínea con la inyección intravenosa de dicha sal; después, en el curso ulterior de la intoxicación, aumenta notablemente la presión sanguínea y se enrarece el pulso. La muerte sobreviene de pronto por parálisis cardíaca aguda, descendiendo bruscamente desde una gran altura á cero. Para las intoxicaciones combinadas se procedió del modo siguiente: después de intoxicar los animales hasta producir un grado medio de envenenamiento con el sulfocianuro, para lo cual basta en algunos casos un tercio de la dosis mortal, y producirse generalmente un ascenso considerable en la presión sanguínea, con pulso lento, se inyecta en las venas una dosis de la sal bárica, estróncica ó cálcica. Con la sal bárica se refuerza de un modo agudo el efecto del sulfocianuro, habiendo bastado en algunos experimentos la inyección de 5 milígramos de cloruro bárico para determinar en el acto la parada del corazón y la muerte del animal. Esta dosis de bario se halla en el límite de la eficacia farmacológica; la circulación de un perro normal se modifica muy poco ó nada con semejante dosis de bario dada sin más aditamento. En cambio, con la administración previa del sulfocianuro sobreviene la parálisis aguda del corazón y con todos los síntomas de la intoxicación sulfociánica mortal, faltando en absoluto los de la intoxicación bárica.

No se puede desconocer cierta analogía entre estos experimentos y los de precipitación de la albúmina realizados por Pauli. En estos últimos la albúmina nativa, que no se precipita con el sulfocianuro, sólo lo hace cuando se añade una sal alcalinotérrea, á la manera que en los experimentos antes referidos una intoxicación sulfociánica moderada se convierte en aguda y mortal mediante la administración ulterior de una dosis mínima, y por sí ineficaz, de una sal bárica. También con la adición de dosis r tóxicas de $CaCl^2$ ó de $SrCl^2$, puede convertir una intoxicación sulfociáni moderada en una aguda y mortal; sin embargo, este experimento no resultado más que en una parte de los casos.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, no puede ya ponerse en duda valor heurístico del principio de analogía en el caso actual.

Curación definitiva de un cáncer de la laringe.— El Dr. *Odon Marschik* pr senta un hombre al que, por padecer cáncer de la laringe, le practicó Bil

roth la extirpación unilateral de este órgano, el año 1888. Hay que advertir que las curaciones definitivas obtenidas con esta operación representan, según las estadísticas de Moritz Schmidt, de 1900, el 6 al 10 por 100, y en las de Bruns, el 12 por 100, y que, además, en la mayoría de estos casos, la operación tiene de fecha de tres á cinco años.

(*Wiener klinische Rundschau*). — R. DEL VALLE.

SOCIEDAD ALEMANA DE CIRUGÍA

Reunión XXXV celebrada en Berlín del 4 al 7 de Abril de 1906.

(Continuación).

Fracturas por arma de fuego en la guerra ruso-japonesa. — El Dr. *Colmers* empieza manifestando que la bala de fusil japonés ha producido á veces efectos explosivos en los huesos, cuando el disparo se había hecho muy cerca, pero casi nunca cuando se había hecho á una distancia de 300 ó más metros. Como quiera que él trata de los primeros auxilios prestados en caso de fractura en el mismo campo de batalla, manifiesta que no ha intervenido personalmente en este concepto, pero que esto no obstante, puede decir algo por lo que ha visto en soldados heridos que venían de la batalla de Mukden, y que después de seis á siete jornadas de transporte llegaban al lazareto de Charbin sin haberles levantado el apósito. Ahora bien, así como llegaban en muy buenas condiciones las fracturas que habían sido tratadas en el campo de batalla con un simple apósito y contención con férulas, sin haber sufrido ninguna otra manipulación, en cambio las fracturas que habían sido tratadas médicamente estaban todas ellas infectadas, y las que presentaban peor aspecto eran las que habían sido taponadas. De lo cual se deduce que se debe prescindir de toda desinfección de tales heridas cuando se trata de grandes batallas que proporcionan un material inmenso de heridos. Hay que limitarse en estos casos á cubrir y envolver la herida con un material de cura exento de gérmenes, y á entablillar el miembro fracturado, y este apósito no debe cambiarse en lo más mínimo mientras dure el transporte, pues esta es la mejor manera de evitar toda infección. La única operación que hay que practicar á veces en el campo de batalla, es la amputación de una extremidad. El cambio de apósito no debe verificarse más que en el lazareto militar fijo; de lo contrario, y prescindiendo del peligro de la infección, exponemos al herido á otros contratiempos, tales como el desprendimiento de trombos y la presentación de hemorragias. Además de esto se produce fácilmente la penetración de los extremos fracturados en las partes blandas. Aun en el lazareto se debe proceder del modo más conservador que sea posible, como en los casos de fractura subcutánea. En estos casos el medio soberano, es el vendaje enyesado y fenestrado. El examen radiológico de la extremidad fracturada es necesario para conocer exactamente la situación de las partes fracturadas; según esto, en el lazareto fijo se debe disponer del aparato necesario para tal investigación.

A la circunstancia de haber tratado de este modo á los fracturados hay que atribuir sin duda alguna el hecho de que en el lazareto de Charbin no haya habido que practicar ninguna amputación por fractura, cuando á los heridos se les había colocado en dicho lazareto el primer apósito.

Lesiones de los nervios periféricos.—El Dr. *Henle*, de Breslavia, refiere lo que ha observado en 276 heridos que habían llegado al lazareto fijo; de dichos casos, 34 se referían á lesiones traumáticas de los nervios periféricos. Se practicaron 95 operaciones, de ellas 21 en nervios periféricos, ó bien, si se cuentan 2 complicados con aneurismas, 23. De 11 neuralgias complicadas con parálisis, 6 curaron sin operación; en 6 se empleó la neurolisis, con 3 resecciones de nervios y 2 ingertos nerviosos; todos estos 11 casos se curaron. En el pronóstico de las parálisis influye muchísimo su duración, siendo tanto más difícil la curación, cuanto más persistan; 5 pacientes en los que la parálisis ya tenía nueve meses de duración, se dejaron de tratar por haberlos juzgado incurables. En 8 casos se refrescaron y suturaron los extremos nerviosos, habiendo mejorado muchísimo 3 de ellos; en algunos casos no fué posible reunir los extremos nerviosos por medio de sutura, porque estaban demasiado separados. En un caso se efectuó la transplantación sin conseguir mejoría, en 5 se practicó el ingerto nervioso (2 casos curaron; en los demás mejoría).

Heridas de cabeza. — El Dr. *Hildebrandt*, de Berlín, dice que los proyectiles pequeños obran en las heridas de cabeza á la manera de un barreno, atravesando de este modo todos los tejidos. Lo que sí se observa es que cuanto más alargados son los proyectiles (por lo mismo que se disminuye mucho el calibre de las armas), para poder hacer que penetre en el cuerpo una cantidad suficiente y eficaz de metal, tanto más se disloca su centro de gravedad hacia la parte posterior, dada la forma puntiaguda de la bala, y con tanta mayor facilidad se coloca ésta de través al atravesar por grandes obstáculos, ocasionando de este modo grandes destrozos. En cambio en los balazos tangenciales ó de refilón penetra la bala con más facilidad, al revés de lo que sucedía con los proyectiles antiguos, que se aplastaban en este caso. Cuando el proyectil penetra oblícuamente en el cráneo, se introduce en el cerebro y arrastra consigo, en una gran extensión, fragmentos de hueso y de partes blandas. De aquí que estos balazos periféricos sean en la actualidad mucho más perniciosos que antes, exigiendo, por lo tanto, la trepanación primitiva. En los balazos penetrantes de cabeza no es nada raro que el proyectil se atraviese en el cerebro y que ocasione de este modo un gran orificio de salida. Así sucede que la mayor parte de los balazos de cabeza ocasionan la muerte ya en el mismo campo de batalla, aunque no faltan otros casos en que sus efectos desaparecen con sorprendente rapidez.

La cirugía abdominal en la guerra. — El Dr. *Oettingen*, de Steglitz, Berl dice que el proyectil japonés de 6'5 milímetros posee cierta benignid Unicamente cuando el balazo se ha disparado á una distancia de 300 m tros ó menos es cuando ocasiona lesiones muy graves con desgarros de l partes blandas y fracturas conminutas de los huesos; á más de 300 m tros produce principalmente verdaderos agujeros. Algunas heridas per trantes de vientre evolucionan sin síntomas; si sobreviene reacción, á l veinticuatro horas ya existe una peritonitis generalizada en toda su pl

nitud y á las treinta y seis ya ha sucumbido el enfermo en la inmensa mayoría de los casos. En los balazos de vientre las operaciones primitivas no sirven, porque no se aprecian síntomas que nos indiquen el grado en que han sido destruídos los órganos abdominales. Las heridas producidas por granadas y por Schrapnell, son de muy mal pronóstico, y por lo tanto exigen la laparotomía. Pero como escasean mucho los cirujanos adiestrados y de técnica segura, la operación en estas circunstancias es también de muy mal pronóstico.

La operación primitiva está indicada: 1.°, en los casos de grandes desgarros de las cubiertas abdominales con lesión muy probable de las vísceras; 2.°, en los casos de prolapso de éstas con lesión muy considerable; 3.°, en los casos de prolapso con poca lesión; 4.°, rara vez en los casos de orificio pequeño sin prolapso, cuando hay señales infalibles que hacen establecer un mal pronóstico, tales como la salida de vermes intestinales; 5.°, en los casos de hemorragia rápidamente progresiva.

Como tratamiento general se aconsejan: prescindir de todo alimento, la morfina y fomentos helados que se reemplazarán por fomentos muy calientes cuando se haya presentado la reacción. Procediendo así se han salvado del 45 al 50 por 100 de los heridos. La laparotomía secundaria, al revés de la primitiva, desempeña un gran papel en estas heridas y en muchos casos salva positivamente la vida del paciente.

En resumen: 1.° La benignidad de los proyectiles modernos (de fusil) de que ya se había hablado en guerras anteriores, comparados con la antigua bala de plomo y con los proyectiles de la artillería moderna, se ha confirmado en las heridas de vientre y también se refiere al armamento tipo Arusaka y Murata. 2.° Los disparos hechos á corta distancia (300 metros), son en la actualidad más perniciosos que antiguamente; en cambio los disparos hechos á mayor distancia producen heridas de condiciones anatómicas mucho menos desfavorables que antiguamente, y, por lo tanto, son de mejor pronóstico. 3.° El pronóstico de cada caso depende: *a*, de la anatomía de la herida; *b*, de su estado antes del transporte; *c*, de este último, y *d*, del tratamiento empleado. 4.° En tesis general no se debe practicar la laparotomía primitiva en ningún caso de balazo del vientre, ocasionado por proyectil de fusil moderno, si se exceptúan los casos de hemorragia abdominal rápidamente progresiva. 5.° El tratamiento debe ser conservador. 6.° Las lesiones producidas por balas de Schrapnell, por toda clase de proyectiles deformados, por cascos de granada y por proyectiles secundarios, son de muy mal pronóstico á causa de sus condiciones anatómicas. 7.° En teoría puede decirse que casi todas estas lesiones debieran exigir la laparotomía. 8.° Mas como la práctica ha enseñado que algunos de estos casos se curan con un tratamiento conservador y que con la laparotomía apenas se salva ningún paciente, debemos, aun en este caso, desechar tal procedimiento, por lo menos para el médico militar. 9.° A los médicos militares, cuyo número en tiempo de guerra excede de veinte veces al de cirujanos, se les debe dar un esquema para el tratamiento de las heridas de vientre, así como se les da también para el tratamiento de las heridas de arma de fuego en general. 10. El *summum salus* de los heridos en campaña radica en la uniformidad del plan terapéutico. 11. La estadística de algunas orga-

nizaciones durante la campaña, nos da una idea poco exacta de las particularidades respectivas. 12. Puede calcularse aproximadamente que empleando un tratamiento conservador en todas las heridas de vientre, la mortalidad será de un 45 por 100 en el ejército vencedor y de un 75 por 100 en el vencido. 13. La laparotomía no es capaz, en campaña, de mejorar estas cifras. 14. La laparotomía secundaria salva muchas vidas en casos que habrían terminado funestamente con una intervención precoz. 15. La única manera de obtener mejores resultados, consiste en instruir al soldado y al personal sanitario y en mejorar el sistema de transportes.

El Dr. *De Bergmann*, de Berlín, dice que en vista de lo que han manifestado los preopinantes, puede afirmarse que la cirugía de guerra ha adelantado muy poco en estos últimos tiempos. El tratamiento quirúrgico de las heridas tangenciales del cráneo ha partido de los ingleses, pero en el caso actual se trata no de heridos que lleven seis días de camino, sino de intervenciones quirúrgicas en heridas recientes. En el caso contrario hay que tratar estas heridas lo mismo que las fracturas del fémur producidas también por arma de fuego. El no ha negado nunca que en un período ulterior puede haber casos excepcionales en que esté indicada la trepanación. En general, la intervención primera debe limitarse á una hemostasia cuidadosa y á una fijación de las extremidades fracturadas; el tratamiento definitivo debe reservarse á los lazaretos fijos. Según su experiencia, el 93 por 100 de las heridas de la rodilla por arma de fuego se curan sin más intervención. Las balas incrustadas no se deben de extraer en el hospital de sangre. No hay que llevar á campaña amasadores, puesto que donde tienen éstos que actuar es en los hospitales fijos. La ligadura precoz sólo está indicada cuando la hemorragia es tan profusa que pone en peligro la vida del paciente.

El Dr. *Majewsky*, de Przemysl (Galizia), insiste en que, por lo que ha observado, el primer apósito que se coloca en el campo de batalla es el más importante y decide, por lo general, de la suerte ulterior del herido. Aconseja el método antiséptico que, en condiciones determinadas, presta mucho mejor servicio que el aséptico y ensalza como material de cura, según su experiencia, la gasa vasógenomercurial.

El Dr. *De Zoege-Manteuffel*, de Dorpat, dice que él no ha aconsejado practicar operaciones craneales en el hospital de sangre, pero que, por otra parte, tampoco se debe aguardar tanto que ya se hayan desarrollado abscesos en el cerebro, porque entonces se llega demasiado tarde. Según esto, las esquirlas que hubieran penetrado en el encéfalo se deben extraer, tan pronto como sea posible, en el lazareto. Tampoco se debe diferir la ligadura de los vasos en los casos de graves hemorragias, pues de lo contrario sucumbiría el herido. Para que la asepsia al operar sea lo más comple posible, aconseja guantes de goma.

El Dr. *De Brackel*, de Libau, aconseja también curar bien, pero nada operar, en el hospital de sangre. Así se han visto fracturas del muslo c un buen apósito enyesado que había sido colocado de primera intenci llegar en muy buen estado después de un transporte de varios días; alg nas se curaron con este sólo tratamiento. Aun tratándose de heridas vientre, las ha habido también que se curaron sin necesidad de más int

vención quirúrgica. El autor ha tratado muchas heridas por casco de granada sin tocar en la herida cuando venían con un vendaje bien puesto. Sólo más tarde es cuando se extraían las esquirlas.

El Dr. *Reger*, de Hannover, se felicita de ver confirmadas las predicciones que había hecho en 1894 acerca de los efectos de los proyectiles de pequeño calibre, con tanto más motivo, cuanto que ha contribuído mucho á su adopción.

El Dr. *De Wreden*, de San Petersburgo, siente mucho no poder corear el himno laudatorio en honor del «proyectil humanitario». Esta idea equivocada proviene de observadores que sólo han tenido que tratar grandes grupos de heridos leves, que habían recibido balazos disparados á distancias mayores de 3.000 metros. El autor, que ha visto después los efectos de los disparos hechos á corta distancia, efectos terribles y de verdadero exterminio, no puede menos de decir que la «humanidad» de tales proyectiles es puramente fantástica. Se cuentan hoy doble número de muertos que antes. El fusil moderno, lejos de ser un arma humanitaria, es una máquina infernal.

El Dr. *Herhold*, de Altona, dice que los balazos de columna vertebral deben de ser tratados de un modo activo en los lazaretos de reserva, cuando existen parálisis persistentes y demuestra la exploración radiológica que el proyectil y las esquirlas óseas radican en la médula espinal.

Conclusiones que se deducen de un tercer millar de extirpaciones de bocio. — El Dr. *Kocher*, de Berna, ha terminado el tercer millar de sus excisiones de bocio el 3 de agosto de 1905, ó sea en cinco años no completos. En este tercer millar han muerto 7 pacientes, entre ellos 3 de 36, que padecían de bocio maligno. De 52 casos de mal de Basedow falleció un paciente, á consecuencia de hemorragia secundaria, por haberse arrancado el vendaje. Entre 804 excisiones de bocio común, hubo 3 casos de muerte que recayeron en personas enfermas. Hemos llegado, por lo tanto, á tal punto en el tratamiento del bocio, que su operación ya no implica peligro de vida si el corazón está sano, y eso que la operación es de las muy agresivas. Antes de practicarla se debe examinar muy detenidamente la capacidad funcional del corazón del paciente, sobre todo si se trata del mal de Basedow. El orador emplea la asepsia pura, no pone sus manos en contacto con ningún antiséptico, y sólo utiliza agua, jabón y alcohol. La hemostasia se debe realizar con la más detenida prolijidad, y siempre se empleará el desagüe temporal. Como el peligro mayor es el que amenaza de parte del corazón, no se debe esperar para practicar la excisión á que el corazón se haya hecho insuficiente de por sí, ó como consecuencia del uso muy prolongado del yodo. Esto se evita en los casos de mal de Basedow por medio de la operación precoz.

El Dr. *Krönlein*, de Zurich, dice haber obtenido resultados igualmente favorables en sus operaciones de bocio. Emplea el mismo procedimiento que Kocher y también en lo relativo á la asepsia, pero nunca emplea tubos de goma para el desagüe, sino de vidrio, que se mantienen asépticos con más facilidad.

Operaciones en la fosa craneana posterior.— El Dr. *Fedor Krause*, de Berlín, ha practicado 9 de estas operaciones con 3 casos de muerte, uno de ellos

por pulmonía y los otros 2 por compresión cerebral progresiva, á causa de no haber podido ser extirpado el tumor. La operación es muy peligrosa porque se efectúa muy cerca de los centros cardíaco y respiratorio. Durante la operación, el paciente permanecerá sentado; un ayudante le sostendrá la cabeza por delante y otro prestará muchísima atención, por el motivo antes indicado, al estado de la respiración y del pulso. En un caso, después de haber desviado á un lado el cerebelo, se extirpó el tumor á unos cinco y medio centímetros de profundidad.

Somnolencia permanente consecutiva á una caída sobre el occipucio.—El doctor *Rötger*, de Berlín, hace comparecer un empleado de cincuenta y cinco años que lleva uno y medio de permanecer en un estado de somnolencia, la cual se inició á los tres días de una caída sobre el occipucio y como consecuencia de conmoción cerebral. El paciente come, mastica, deglute, sin atragantarse, los alimentos y bebidas que se le colocan en la boca; el intestino y la vejiga funcionan con normalidad y el paciente no se orina ni se ensucia. Dada la constancia con que se ha observado á este enfermo, no cabe pensar en simulación. Como no se ha encontrado éxtasis papilar con el oftalmoscopio, no se trata de un caso de tumor cerebral, sino más bien de una afección psíquica en un fondo predispuesto para ella, puesto que este sujeto ya antes del traumatismo estaba muy propenso á la somnolencia. El autor califica la afección de estupor traumático.

Operaciones craneales con auxilio de aire comprimido. -- El Dr. *Sauerbruch*, de Greifswald, refiere haber conseguido, gracias al empleo del aire comprimido, producir una compresión de los vasos que permite practicar una operación con anemia. Ha realizado experimentos en animales, y con una presión de 50 milímetros de mercurio obtuvo una anemia total del hígado, de tal suerte que pudo seccionarse éste sin ninguna hemorragia. Pero al mismo tiempo se produjo compresión del diafragma y de los pulmones, que acarreó la muerte. Por lo tanto, es procedimiento que sólo puede emplearse á condición de que se localice, y esto es posible en el cráneo operando en la cámara de sobrepresión construída por el autor. Con ella consiguió una anemia completa de los vasos cerebrales; pero de pronto cesó la respiración á los dos ó tres minutos y sobrevino la muerte por embolia pulmonar consecutiva á la entrada de aire en el diploe. Antes de abrir el cráneo se debe perforar en un punto por medio de un barreno; después entra el aire comprimido y comprime el seno, y de este modo se evita una embolia pulmonar.

Técnica de la autoplastia craneal según Durante-Hacker.—El Dr. *Borchard*, de Posen, ha conseguido, mediante la oclusión de defectos en el cráneo é interponiendo subcutáneamente colgajos osteoperiósticos, cerrar definitivamente y con tejido óseo grandes defectos ó lagunas en el cráneo. En conjunto ha operado así 12 casos de este género con muy buen resultado, entre ellos un encefalocele bilateral en un niño de catorce días.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. del Valle.

(*Continuará*).

PERIÓDICOS

Influencia de los amargos en la actividad secretoria de las glándulas gástricas.—El Dr. N. D. Straschesko deduce de las investigaciones que ha realizado en el laboratorio de Pawlow, que los amargos deben darse en pequeñas cantidades, porque de lo contrario es muy fácil obtener el efecto opuesto al que se busca, tanto que si se insiste mucho en el uso de los amargos á grandes dosis, hasta puede sobrevenir una hiposecreción con carácter permanente. Además de esto deben de darse los amargos en una forma tal que exciten los nervios del gusto, y por lo tanto no conviene administrarlos en píldoras ni en sellos. Por último, el momento preferible para administrar un amargo, es de diez á quince minutos antes de la comida.

(*Russki Wratsch*).—R. DEL VALLE.

El cloral. — El Dr. Ide cree que se han exagerado los peligros del cloral en las afecciones cardíacas. Las personas que padecen una enfermedad del corazón necesitan el reposo que produce el sueño, y una noche de insomnio y de agitación determina trastornos circulatorios importantísimos. Los experimentos fisiológicos tienden á demostrar que la tensión sanguínea desciende cuando se administra el cloral; pero como este medicamento hace dormir y durante el sueño desciende también dicha tensión, no es posible decir si el descenso de la tensión sanguínea es debido al sueño ó al cloral. Una vez dormido el animal puede aumentarse la dosis del medicamento sin que se observe descenso de la tensión sanguínea. La prueba de que el cloral produce la muerte por asfixia, no por parálisis de la circulación, es que lo mismo en el hombre que en los animales el corazón late con regularidad cuando existe ya cianosis incompatible con la vida.

(*Revue méd. de Louvain*, 15 marzo 1906).—F. TOLEDO.

Las adherencias pericardiomediastínicas y la cardiolisis.—Cuando hay adherencias del pericardio á la pared anterior del pecho que obligan al corazón á un trabajo excesivo, se puede aliviarle definitivamente de dicho trabajo superior á sus facultades, quitando una parte de la pared ósea del pecho para que quede blanda la porción de la misma que arrastra consigo el corazón hacia adentro en cada contracción. Esta intervención operatoria se la llama cardiolisis y consiste en una resección amplia de las partes de las costillas que cubren al corazón. Para practicar dicha operación es requisito indispensable que el músculo cardíaco conserve una buena capacidad funcional, siendo, en realidad, muy raros los casos que satisfacen plenamente todas las condiciones que se requieren para que la cardiolisis dé el resultado apetecido.

El Dr. F. Umber no ha encontrado hasta la fecha más que una sola vez ocasión de practicar la cardiolisis. Estos enfermos se los trata generalmente como cardíacos. Así había sucedido en el caso del autor, caso que ingresó en el hospital con todo el cuadro de un trastorno circulatario grave

y de origen cardíaco. En cambio, la retracción sistólica extensa de la pared anterior del pecho, el choque diastólico del corazón acompañado de un sonido y que se relacionaban con el segundo ruído del corazón y el colapso venoso diastólico, permitían asegurar la existencia de adherencias entre el pericardio y la pared anterior del pecho, adherencias que, á cada sístole, obligaban al corazón á un trabajo enorme que amenazaba paralizarle. Dichas adherencias reconocían por causa una pleuresía del lado izquierdo que había seguido un curso insidioso.

Después de haber dominado los trastornos de compensación por medio del reposo en cama, y los cardíacos, y haberse convencido el autor de que no podía haber procesos morbosos de importancia en el mismo músculo cardíaco, se hizo la cardiolisis, extirpando 8 centímetros de cada una de las costillas tercera, cuarta y quinta. El éxito fué muy satisfactorio, puesto que ya en el curso de la operación se vió que con la extirpación de la cubierta ósea del corazón se desplegaba el pulso y se hacía regular. Desde entonces no volvieron los trastornos de compensación, y al cabo de medio año ya no había ninguna molestia por parte del corazón.

El mejor procedimiento para averiguar si el corazón conserva todavía su aptitud funcional, consiste en prescribir el reposo en el lecho y los cardíacos. Si con estos medios no gana nada la energía cardíaca, hay que renunciar á la cardiolisis.—(*Therapie. der Gegenwart*).—R. DEL VALLE.

Tratamiento del cáncer. — Las modernas investigaciones sobre el cáncer, dice el Dr. J. A. Shaw-Mackenzie, han demostrado la eficacia curativa de los fermentos pancreáticos en esta enfermedad. El Dr. F. F. Carroll ha llamado la atención acerca de algunos hechos interesantes referentes al cáncer del aparato digestivo, á saber: el cáncer del estómago cesa de un modo brusco en el píloro (Bergmann); el intestino delgado rara vez padece cáncer; el cáncer del intestino grueso y del recto es más frecuente en los sitios más lejanos del duodeno. Cita la estadística formada por Hermann con los casos observados en los hospitales prusianos. De 20.544 casos, 10.537 eran del aparato digestivo; 269, de la lengua; 192, de la boca y de las fauces; 1.011, del esófago; 4.288, del estómago; 1.726, de los intestinos. Estos 1.726 casos de cáncer intestinal se reparten del modo siguiente: 20, del intestino delgado; 244, del grueso; 1.204, del recto; en 255 no se indica la región intestinal afectada. El cáncer interesaba el hígado y la vesícula biliar 979 veces y el páncreas 92. El cáncer del intestino grueso, excepto el del ciego, es más frecuente en la S íliaca, y después en las flexuras hepática y esplénica, y en otras partes del colon. La inmunidad natural y relativa del duodeno, yeyuno é íleon, y la proporción menor del cáncer en el intestino grueso, son favorables al tratamiento del cáncer inoperable por las preparaciones del páncreas, las sales biliares y los extractos y fermentos de las glándulas intestinales, medios que pueden emplearse solos combinados.— (*British Med. Journal*, 24 marzo 1906).— F. TOLEDO.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LAS NEUROSIS SINTOMÁTICAS

ESTUDIO CLÍNICO DE LOS NEUROSISMOS DE CAUSA ORGÁNICA

POR EL DOCTOR

D. JOSÉ SALAS Y VACA

Médico, por oposición, de la Beneficencia general.

(Continuación).

Por parte de los anejos del aparato digestivo, pocos son los síntomas neurósicos capaces de enmascarar sus lesiones; pero en el curso clínico de ciertos procesos hepáticos ocurre como en las ictericias, la presentación de un bradicardia, que hoy se interpreta por una intoxicación de los ganglios intracardíacos debida á los ácidos biliares; el prurito cutáneo que apareciendo en la misma época, y que, como la bradicardia, no tiene otra explicación que la de un síntoma neurósico, que llevados á su más alto grado pueden hacer su cambio en los fenómenos cerebrales de la colemia, que se denuncian por la debilidad general, la inquietud, la presencia ó exageración de los síntomas nerviosos, como el delirio y las convulsiones locales y generalizadas, que toman á veces el carácter epiléptico.

Estos síntomas, llevados á su más alto grado, los vemos presentarse en la atrofia amarilla aguda del hígado, en la que, á más del estado tífico de postración que indica la perturbación en la actividad del sistema nervioso, aparece el insomnio, subsalto de tendones, moscas volantes, delirio tranquilo ó violento, que Traube ha considerado como ataques colémicos especiales paroxísticos, durante los cuales los enfermos se pondrían furiosos, después de los que de ordinario aparece el coma, casi fatalmente mortal la mayoría de las veces.

La hepatitis intersticial aguda, que termina por la supuración he-

pática, produce síntomas dolorosos y reflejos que, como el dolor del frénico con sus irradiaciones al hombro derecho, debido á la relación de este nervio con la cuarta rama cervical, los síntomas de dificultad respiratoria que la pleuresía diafragmática consecutiva á la perihepatitis produce, son fenómenos que al principio pudieran confundir el cuadro patológico, si una tumefacción dolorosa casi constante de la región hepática con la fiebre intermitente de escalofrío y sudor, unido á una etiología infecciosa de puerta de entrada manifiesta, no nos indujesen al diagnóstico cierto de absceso del hígado.

Lo inconsecuente de los síntomas en los procesos pancreáticos, siempre rodeados de accidentes que por su frecuencia en otras lesiones patológicas fácilmente se confunden con ellos, dan un carácter de incertidumbre al diagnóstico de las lesiones de esta víscera, que pocas veces se adquiere en clínica fundamentos sólidos en los que puedan establecerse formales consecuencias. La sialorrea, atribuída por unos á un fenómeno puramente reflejo, estimada por otros como un accidente compensador del que se encargan las glándulas salivares por la lesión de esta víscera, ni se presenta siempre ni jamás se debe atribuir un valor formal para el diagnóstico. Tanto puede decirse de la esteatorrea, glicosuria, tinte bronceado é ictérico de la piel, y de los accidentes circulatorios de otras vísceras ventrales, que cualquier otro entorpecimiento puede producirlo.

Si no vemos en esta sintomatología nada patognomónico, nada de extraño tiene que los dolores angustiosos, el sudor frío, la frialdad de las extremidades y los vómitos constituyan por sus alternativas de mejoría y agravación un síndrome morboso en el cual, sólo á título de sospecha, pueda atribuirse una lesión aguda del órgano pancreático, ya sea apoplética ó inflamatoria.

En las lesiones del peritoneo, aparte del dolor, que por su intensidad puede acompañarse de neurosismos alarmantes, nada hay que pueda confundir un clásico cuadro de reacción peritoneal de forma aguda, ó enmascarar las consecuencias viscerales de las lesiones crónicas de la serosa; sin perjuicio que por síntomas puramente neurósicos se pueden dar á la clínica una simulación peritoneal.

MODO DE COMPORTARSE EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADI CARDIOVASCULARES

La complejidad funcional del aparato circulatorio; la íntima c nexión que el centro motor de la circulación tiene con otras víscr ras mediante un complejísimo aparato nervioso, la ayuda que est

mismos órganos le ofrecen para su mejor función y regular cometido fisiológico, hace que sus síntomas patológicos sean á veces un conjunto de fenómenos puramente nerviosos, cuya causa, encontrándose ya en los órganos que integran este aparato, ó en órganos lejanos, le transmite su influencia en virtud de esta trama nerviosa, que si en lo fisiológico completan y ayudan su cometido, en el estado patológico también lo perturban y modifican.

El corazón, como órgano central de la circulación, actuando como bomba aspirante é impelente, tiene su misión fisiológica en su poder contráctil, que de un modo autónomo realiza, como órgano muscular que es, y en virtud de un complejísimo mecanismo nervioso que perfecciona sus más altos fines.

Tres ganglios presiden el automatismo funcional del miocardio: el de Remak y el de Bidder, de acción excitadora, y el de Ludwig, que, lejos de producir un refuerzo sistólico, origina una inhibición funcional. Estos ganglios de funcionalismo autónomo, que gobiernan la acción rítmica del miocardio, se encuentran relacionados directamente con la inervación extrínseca que, originándose en el plexo cardíaco, procede de los nervios vagos por una parte, y de los eferentes de los ganglios del simpático, último cervical y primero dorsal; no siendo aventurado sospechar que esta inervación se reparte en los ganglios excitomotores, y la procedente de los vagos ó del espinal, por intermedio de aquéllos, vendrán á relacionarse con el ganglio inhibitorio del corazón. Los nervios pneumogástricos serían los representantes en el hombre del nervio de Cyon, de los animales, y á través de ellos se producirán influencias centrípetas reguladoras por acto reflejo de la tensión hemática.

De esta intrincada red nerviosa surge la complejísima función circulatoria, averiguada hoy por medio de las vivisecciones y confirmada por la clínica de las cardiopatías. El ritmo cardíaco y la regular distribución de la sangre, dependen del concierto funcional de este mecanismo nervioso. La acción del simpático, actualizada por los ganglios aceleradores, precipitaría la revolución cardíaca, produciendo una taquicardia perjudicial, si no se opusiera á ello la acción frenadora antagónica de los pneumogástricos por intermedio del ganglio de Ludwig. De este concierto armónico surge un sístole auricular durante el cual se preparan los ventrículos para realizar su cometido sistólico; la terminación de éste, forma el segundo tiempo de la revolución cardíaca, finalizándola el gran silencio ó reposo del órgano, necesario para que su nutrición no sufra

reparándose las fuerzas del miocardio en virtud del riego sanguíneo que recibe por las coronarias. En este tiempo de reposo estriba toda la nutrición del corazón y la estabilidad de su función rítmica: el juego nervioso automotor aceleraría, según hemos dicho, la revolución cardíaca, produciendo un ritmo parecido al fetal; pero el pneumogástrico, actuando de regulador, cual volante de un motor, acumularía energías suficientes á vencer los puntos muertos del órgano central de la circulación, dando lugar á que el gran silencio del miocardio esté representado por el descanso suficiente para que el órgano reciba la sangre que ha de prestarle nuevas energías para seguir el curso de su cometido sistólico.

Si hacemos intervenir en este complicado juego el sistema nervioso vasomotor, reconstituiremos la función circulatoria, subordinada siempre á este mecanismo nervioso y gobernada por la acción directa que el bulbo posee sobre su automatismo.

Si la función cardíaca despliega un enérgico sístole mandando su columna líquida con gran fuerza á la cavidad de la aorta, la arteria sufrirá una dilatación enérgica de sus paredes; el choque de retroceso por el sístole arterial se hará sentir sobre las sigmoideas, denunciando la hipertensión; la sangre circulará con lentitud, por vencer resistencias más enérgicas; y esta misma plétora, regando con más energía el centro nervioso regulador, será origen de una excitación directa de este centro, que puesta en acción por los vagos, disminuiría el número de latidos, produciéndose al mismo tiempo una vaso-inhibición que al fin y al cabo han de reducir la tensión sanguínea que por un mecanismo nervioso se produce. La acción centrípeta de los pneumogástricos sería la responsable del reflejo inhibitorio, que ocasionando el más rápido desagüe arterio-venoso, rebajaría la tensión. Este segundo elemento, moderador de la corriente sanguínea, tiene gran importancia desde el punto de vista regulador de la tensión aórtica, siendo tanto mayor aquélla cuanto menor sea el desagüe del árbol arterial en el vénoso á través de los capilares, aumentando en razón inversa al paso de la sangre á través de las arteriolas.

Un descenso en la tensión sanguínea produce de un modo indirecto un estímulo sobre los nervios aceleradores cardíacos y vasomotores, que al repercutir sobre el corazón aumentando el número de sístoles, y sobre los vasos reduciendo su calibre, aumentan la tensión de la sangre en las arterias.

Los centros bulbares pueden estimularse por un mecanismo refle-

jo, en virtud de excitaciones que, partiendo de órganos lejanos, repercuten sobre el concierto funcional del aparato circulatorio, dando origen á fenómenos de hipertensión é hipotensión arterial, que si en el estado fisiológico ningún desastre acarrean, en el patológico pueden ser motivo de accidentes fluxionarios perniciosos. El centro bulbar inhibitorio puede ser solicitado por impulsos eferentes nacidos en casi todos los órganos de la economía; los que se originan en las vísceras abdominales siguen el trayecto de los ganglios simpáticos del mesenterio á la médula por los ramirrecurrentes, y á este mismo centro, siguiendo un trayecto intermedular por las vías sensitivas generales, siendo el nervio vago el portador de estos estímulos, cuando parten del estómago, hígado y pulmón.

Los nervios aceleradores pueden estimularse directamente actuando sobre sus centros ganglionares, por excitaciones sobre los haces de fibras que, partiendo de la médula, atraviesan el ganglio cervical inferior y primero dorsal del trisplánico.

Aunque hasta ahora no nos sean conocidos más centros y vías que los mencionados, la razón autoriza á pensar que estos centros están subordinados á otros de superior gerarquía, relacionados de directo modo con la porción infracortical del cerebro, quizás con la esfera afectiva, como lo prueba el hecho de que ciertas impresiones morales repercuten de tal modo sobre el ritmo cardíaco que en caso de ser enérgicas pueden retardarlo, llegando á producir en momentos dados un choque tan intenso capaz de originar un síncope pasional.

***

Valiéndonos de estas consideraciones de fisiologismo cardiovascular, podremos intentar un ensayo de interpretación fisiopatológica de las alteraciones funcionales del corazón y vasos, cuando tras de estos trastornos se oculta una lesión capaz de sostener la anormalidad morbosa, desconocida unas veces por deficiencia de nuestros medios, é inadvertida en otras circunstancias ante la necesidad de seguir con éxito una medicación sintomática.

Es frecuente en la clínica cardiovascular olvidar lo posible y remoto por temor á un pronóstico fatal, al que estamos autorizados de un modo prematuro; con sobrada frecuencia olvidamos el sostén probable de un síntoma ó síndrome patológico si de su observación salimos triunfantes con el tratamiento de urgencia empleado, y sólo en el caso de frecuentes repeticiones del mismo, ó porque al azar

descubrimos un camino cierto, llegamos pocas veces á dilucidar una cuestión causal que, una vez aclarada, nos pone en situación más airosa para la predicción de fenómenos ulteriores. Entonces, cuando el tiempo ó la observación continuada nos descubre lesiones anatómicas con su sintomatología propia, nos damos perfecta cuenta que los accidentes anteriores no tuvieron otra cuna que aquella causa patológica, más visible ya, y que mientras estuvo oculta pasaron sus gritos de alarma á la categoría de síntomas neurósicos.

En las lesiones cardíacas es frecuentísima la autosugestión afectiva; el cardíaco en el que con lentitud se desarrollan sus lesiones, es presa de un vago sentir de enfermedad, que con frecuencia le dispone á lamentaciones de temor acerca de próximos ó remotos desastres: se siente bajo el peso de un indefinido malestar, que ya sea debido á trastornos circulatorios incipientes en esta época, ya se manifiesten por la molestia de cierta disnea de esfuerzo, ya sean consecuencias de la palpitación que, en contra de lo que afirma Poten, representa en muchos casos el agobio de un corazón enfermo, ó bien sean consecuencias de ese sordo malestar prodrómico del angor pectoris, es lo cierto, que el campo consciente de un cardíaco recibe impresiones capaces de dar un síndrome subjetivo por el que se denuncian lesiones incipientes que su semiología física no llega aún á descubrirlas. El síncope, las palpitaciones y las alteraciones de ritmo son los primeros fenómenos neurósicos por los que á veces se manifiestan las cardiopatías orgánicas.

No intentamos con esto quitar valor á síndromes tan antiguos como la neuropatía cerebrocardíaca ó enfermedad de Krishaber, y á las palpitaciones sin fondo orgánico conocido; por ahora han de tener su lugar predilecto en la patología, aunque la clínica limite su esencialidad averiguando el fondo lesional que los sostiene.

El *síncope*, ese síndrome funcional que con frecuencia se nos presenta desligado de toda lesión orgánica conocida, adquiere su carácter neurósico cuando sólo impresiones nerviosas es capaz de provocarlo. Se repite con frecuencia en el mismo individuo ó en sujetos de pobreza orgánica manifiesta; con iguales caracteres lo vemos presentarse en la joven mal reglada, en el sujeto de herencia neuropática conocida, en el sietemesino pusilánime y en el agotado y fatigado de sistema nervioso; siempre llama la atención que una impresión nerviosa, afectando por igual á dos sujetos, produzca en uno de ellos invariablemente el estado sincopal, y no tenga acción

patológica en el otro; aunque nada orgánico se descubra á nuestra vista por el momento, ¿no estaremos autorizados para pensar, en vista de esta tenaz predisposición, que el síndrome sincopal reconoce por causa una tendencia al funcionalismo patológico del aparato cardiovascular?

En lo que al síncope funcional se refiere, ya vemos cuántas dudas surgen acerca de su patogenia; en otros casos, una exploración detenida nos pone de manifiesto una anemia mediana ó intensa, que, regando pobremente los centros reguladores cardíacos, determina un síncope que, si bien se encuentra enlazado á una causa nerviosa, es la anemia la que predispone á que la impresión tenga su transformación en el hecho sincopal por producir la derivación circulatoria que conduce á la anemia cerebral responsable del síndrome. En lo que los reflejos anormales tengan de factores etiológicos, hemos de estar prevenidos con las causas gástricas, uterinas é intestinales parasitarias, que en más de una ocasión son las ocasionales.

El síncope que tiene por cuna una lesión cardiovascular, es tan frecuente, que por su presentación debemos caminar en busca de la *miocarditis* responsable de la muerte sincopal de los convalecientes de procesos tíficos; ya de una esclerosis cardiovascular, que con frecuencia lo presenta en su sintomatología, como ocurre en el síndrome Stokes-Adams; ya se deba á una lesión coronaria oculta hasta entonces, rastrera y grave por la latencia con que se desenvuelve, ó ya se ofrezca como síntoma mortal á veces, de una insuficiencia aórtica, averiguable clínicamente por su sintomatología física tan característica.

Ante un cuadro sincopal jamás debemos prescindir de una exploración minuciosa del aparato cardiovascular, si queremos completar el juicio clínico del síndrome que presenciamos; y aunque los ejemplos se repitan con frecuencia, bástanos citar el de un enfermo que, convaleciente de un proceso diagnosticado de gripal, presentaba repetidos síncopes, que fueron calificados por el médico de su asistencia como fenómenos neurósicos; y una detenida exploración puso de manifiesto una pericarditis con mediano derrame, que era la productora de los estados sincopales, como lo demostró el hecho de desaparecer el síntoma al terminar la reabsorción del derrame pericardíaco.

Las palpitaciones cardíacas y las alteraciones de ritmo son los neurosismos que, dependientes en muchas circunstancias de lesio-

nes ocultas ó de reflejos responsables, pueden darnos la clave en la investigación de la lesión causal que las engendra.

Las *palpitaciones de corazón*, advertidas de un modo angustioso por el enfermo, y comprobadas por una cuidadosa observación, no siempre reconocen por causa un fondo puramente neurósico, sino que en la mayoría de los casos que observamos, podemos llegar á descubrir una causa productora del síntoma nervioso, ya localizada, ya fuera del aparato circulatorio: y hasta en los mismos casos en que la lesión se oculta, hasta el punto de cargar en cuenta al histerismo y neurastenia el síntoma que observamos, una desconfianza útil por sus resultados, nos lleva más tarde al camino de corregir una anemia, á modificar un retardo de nutrición, á suprimir una intoxicación, á mejorar una debilidad orgánica, á moderar un trabajo que, al producir un agotamiento, acarrea el síntoma palpitación como enlace directo con la causa averiguada, en la que el corazón no obra más que como instrumento indirecto por la que aquélla se exterioriza.

Esto en lo que á las palpitaciones idiopáticas se refiere, porque en las de causa cardiovascular, más frecuentes que lo que Poten afirma, encontramos resuelto el problema desde el momento que una cuidadosa exploración nos revela el soplo endo ó pericardíaco de causa orgánica, con sus accidentes circulatorios correspondientes, ó un aumento de volumen cardíaco, revelador de una dilatación ó hipertrofia que nos indica la existencia de una lesión orgánica, causa indudable del latido angustioso.

Al hablar de los neurosismos de origen gástrico indicamos los reflejos patológicos á que podrían dar origen las lesiones de estómago: uno de los más frecuentes, y que con más cuidado debemos perseguir en la clínica por su origen, son las palpitaciones cardíacas. Si del 50 por 100 de palpitaciones neurósicas hay que rebajar un 40 porque más tarde se averigua la causa lesional que la sostiene, el otro 50 próximamente hay que cargarlo en cuenta de causas gastrointestinales. Estas constituyen el máximum de palpitaciones simpáticas ó reflejos, sostenidos unas veces por lesiones latentes del estómago, por dispepsias tenidas por funcionales, por gastroectasias primitivas ó secundarias, por reflejos parasitarios del intestino y por causa de anejos del aparato digestivo, en las que el hígado y vías biliares ocupan un importante lugar. Al tratar de las neurosis de causa uterina veremos la parte tan importante que la matriz juega en esta clase de neurosismos reflejos.

La aceleración rítmica del corazón se manifiesta en la clínica por el fenómeno conocido con el nombre de *taquicardia*. Esta puede presentarse desligada de toda lesión visible, dando lugar al síndrome clínico de *taquicardia esencial y paroxística* por la forma en que se presentan sus accesos, que de un modo brusco, inopinado y sin prodromos, sorprende al sujeto de más floreciente salud con un ataque de frecuentes y violentas contracciones cardíacas; que duran desde algunas horas hasta algunos días, dos ó más, según se trate del acceso corto ó largo, y que se acompañan de trastornos congestivos viscerales con descenso de la tensión arterial. Este síndrome, mortal algunas veces, no se encuentra relacionado ni con lesiones orgánicas que lo justifiquen, ni la historia de estos sujetos ha sido, que nosotros sepamos, seguida con la suficiente atención para conocer el porvénir patológico de estos enfermos; no obstante, si cuidadosamente buscamos la historia patológica familiar é individual, encontraremos una herencia, nerviosa unas veces, cardiovascular otras, y hasta verdaderos lazos con individuos degenerados.

Los antecedentes individuales de estos enfermos no pueden ser más elocuentes por tratarse en unos casos de *emotivos* que su trastorno cerebral les lleva á padecer el síntoma; ya diatésicos que su reflejismo exagerado les acarrea su taquicardia, ya alcohólicos en los que puede estimarse como signo, ó bien fatigados del sistema nervioso, por cuya causa presentan las crisis de taquicardia esencial, motivos por los que han de ir desapareciendo del cuadro del esencialismo, pues cuando más esenciales sean debemos agregarlas en cuenta á ese falso grupo de taquicardias fisiológicas.

Las verdaderamente patológicas adquieren el calificativo de sintomáticas desde el momento que una exploración detenida nos pone de manifiesto, ya un accidente nervioso que la explique, ya una causa cardiovascular que la sostenga, ya un accidente distrófico tóxico ó infeccioso al que tengamos que cargarle en cuenta el síndrome.

Entre las primeras nos encontramos en la clínica con las neurocentrales, sintomáticas de lesiones graves del bulbo, que amenazan una muerte próxima en los enfermos del eje cerebromedular, las producidas por una compresión persistente del pneúmogástrico, ya sea en su origen aparente (tumores), ya en su trayecto, como bridas cicatriciales, ganglios infartados, aneurismas y adenopatías del mediastino, entre las que sin ningún género de duda serán las responsables de la taquicardia prematura de la tuberculosis pulmonar. Entre estas mismas, de naturaleza nerviosa, hemos de incluir las de-

terminadas por un mecanismo reflejo, como las de causa gástrica, renal y uterina, que ocupan un importante lugar.

Las taquicardias de causa cardiovascular, afectando el tipo paroxístico, son tan frecuentes, que siempre al observarlas en clínica debemos hacer una exploración detenida en busca de lesiones valvulares, hipertróficas del miocardio, arterio-esclerosis (1) que al producir hipertensión sean las responsables de un riego hipertónico de los centros bulbares, ó bien sean debidos los síndromes á una neuritis propagada al plexo cardíaco con la alteración consiguiente de vago y simpático por causa de una pericarditis latente y oculta.

Los accidentes tóxicos, por la lentitud con que se desenvuelven, son más bien los responsables del grupo esencial de la *palpitación* que estudiamos; pero entre las infecciones, tenemos como causa de taquicardia el gran grupo de aquéllas, como tifoidea, difteria y gripe, que por tener una acción perniciosa sobre la inervación cardíaca, son las responsables con más frecuencia del síndrome en cuestión, sin que falte su natural intervención á otras de menor cuantía, como la escarlatina, viruela, reumatismo y fiebres perniciosas. Las discrasias son tan ricas en esta clase de manifestaciones, que no está de más, siempre que en una joven demacrada se nos presenten, recurramos á la investigación del valor globular por un detenido análisis hematológico.

En la *bradicardia*, aparte del síndrome Stokes-Adams, que por descansar en el trípode de pulso lento, síncope y ataques epileptiformes, tiene individualidad patológica característica, apoyada la mayoría de las veces en lesiones escleróticas apreciables, las demás que la clínica puede ofrecer reconocen parecidas causas que la taquicardia, diferenciándose sólo en el mecanismo de producción que reconoce siempre una abolición ó disminución del papel del simpático, con predominio de la acción inhibitoria del pneumogástrico; por igual camino que en las taquicardias hay que buscar la causa productora de la individualidad morbosa.

Para terminar el concepto de neurosis sintomáticas ligadas y puestas en acción por el aparato cardiovascular, haremos somera mención del tan debatido asunto de las aritmias. Mientras exista un plexo cardíaco ligado y subordinado al funcionalismo cerebro-medular, habrá un motivo que justifique el concepto de aritmias nerviosas; pero ¡cuántas veces observamos lesiones cardiovascula

(1) Dos observaciones de Romberg, citadas en el *Ebstein*, núm. 1, pág. 771.

res responsables de las llamadas neurosis del pnemogástrico, que se manifiestan por una aritmia! Fácilmente comprenderemos esta relación causal si tenemos en cuenta que el conflicto *patológico* que caracteriza la aritmia depende de una alteración funcional del corazón ó de su plexo nervioso, ligada, por lo general, á una alteración anatómica, desconocida muchas veces por lo incipiente de su desenvolvimiento.

El ritmo funcional del corazón es una cualidad inherente á la contracción cardíaca (1), pero la acción rítmica se desenvuelve por una influencia nerviosa que el papel antagónico de pneumogástrico y simpático ponen á contribución de la regularidad funcional del miocardio. Un estímulo nervioso repartido por igual sobre los dos ventrículos, y en el mismo momento en ambos, determina la contracción muscular en la misma unidad de tiempo; pero si una alteración de la fibra, una esclerosis valvular ó una lesión del mismo plexo nervioso dificulta la acción de este influjo nervioso sobre la musculatura ventricular, ó impide su llegada á ella, no repartiéndose por igual entre las fibras propias y comunes de ambas cavidades, se producirán contracciones bastardas por predominar la acción unilateral del ventrículo sano en sus fibras, ó de aquel á quien sin interrupción llegue la acción nerviosa por sus conductores sanos.

Las cavidades cardíacas sólo se contraen cuando ocupada su luz por la sangre, reciben de ella el estímulo, y del sistema nervioso la influencia necesaria y oportuna en la unidad de tiempo; de lo que se deduce, por tanto, sin ser muy exclusivos en esta clasificación que intentamos, que una alteración de la fibra cardíaca (miocarditis, esclerosis), por no poner en acción esta influencia, será capaz de trastornar el ritmo cardíaco; una lesión valvular, dificultando la regular distribución de la sangre, puede crear el síntoma que estudiamos, y una lesión nerviosa será, por último, responsable de la aritmia, por alterarse la vía por la que la influencia rítmica se transmite.

Entre las aritmias funcionales tenemos que mencionar la frecuencia con que en clínica se presenta desde el pulso inestable (2) hasta el más complejo de los delirios cardíacos: entre las primeras se encuentran las aritmias por el número, estudiadas por Hichard en los neurósicos y convalecientes; las aritmias por la fuerza que, afectando á la expansión, reproducen los caracteres del pulso mitro-

(1) Muñoz y R. de Pasanis: Enfermedades del corazón y aorta. Madrid.
(2) Pulsaciones fuertes y rápidas que alternan con otras débiles y lentas.

aórtico; y las aritmias por la forma, caracterizadas por verdaderas desigualdades cardíacas. Las intermitencias verdaderas ó falsas (pasos falsos de corazón) son variedades de aritmias, cuya causa hay que burcarla en el conflicto circulatorio que originan las lesiones valvulares, como ocurre en los sístoles abortados de los enfermos mitrales, que, por el reflujo exagerado de sangre á la aurícula ó la falta de repleción ventricular, se produce un sístole imperceptible en la arteria por la hipotensión arterial en el primer caso, y el sístole redoblado ó anticipado en el segundo.

La revolución cardíaca, fuerte y débil, que rápidamente se sucede, perceptible la primera en el pulso radial é imperceptible la segunda, cuyo conjunto caracteriza el ritmo pareado con su pequeño y gran silencio; el carácter de *bigémino* que adquiere el pulso cuando la segunda pulsación es también perceptible, aunque con menos intensidad en la arteria, el pulso alternante, etc., son otras variedades de aritmia que por presentarse con arreglo á un compás determinado, reciben el nombre de aloritmias.

Todas estas formas de alteraciones rítmicas pueden presentarse como episodios funcionales de lesiones: 1.° Nerviosas (meníngeas, cerebrales, bulbares, medulares y neuríticas). 2.° Tóxicas de predominio nervioso ó miocardítico: *a*, exógenas (tabáquicas, alcohólicas y clorofórmicas; *b*, endógenas (basedownianas, brighticas y distróficas). 3:° Reflejas (gastro-intestinales, uterinas, hepáticas, etc.). Y 4.° Cardiovasculares: *a*, miocardíticas (convalecencias febriles, miocarditis infecciosas); *b*, valvulares (cardiopatías de origen vascular).

Desde el momento que la patología nos induce á admitir variedades patogénicas tan definidas de irregularidades cardíacas, la clínica nos pone en camino, en cada caso, de averiguar el sostén etiogénico de estas alteraciones, para que en ningún momento seamos sorprendidos por causas inmediatas ó remotas, responsables de una aritmia que momentos antes tengamos calificada de funcional pura sin base anatómica conocida.

La aparente exageración de sistematizar, agrupando fenómenos con el carácter de sintomáticos, tiene en todos los casos la disculpa científica de la necesidad causal, y la justificación clínica de ser el único camino posible para establecer indicaciones de terapéutica patogénica, que en buena práctica son las de indiscutible valor y de una racionalidad científica útil en la mayoría de los casos.

Esto que con frecuencia vemos establecerse como relación entre

los neurosismos cardiovasculares y lesiones el mayor número de veces ocultas de este aparato, lo encontraremos de un modo claro también al estudiar el

MODO DE COMPORTARSE EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

La mecánica respiratoria está dirigida y gobernada por un complejo mecanismo nervioso, cuyo centro, actuando de receptor para los estímulos que llegan por sus aparatos periféricos, son devueltos de un modo regular y periódico, formando el concierto armónico que caracteriza el ritmo regular de la respiración animal. Por la elevada función biológica de este acto mecánico, por la gran transcendencia que sobre los demás actos posee, la función respiratoria encierra en su patologismo un gran número de accidentes nerviosos cuya causa hemos de buscar siempre, y de hecho lo encontraremos á veces, en alteraciones primitivas de los distintos órganos que integran este gran aparato.

La repercusión patológica que muchas enfermedades nerviosas poseen sobre el aparato respiratorio, dando lugar á los síntomas difusos ó lejanos de las mismas, los vemos representados en las crisis laríngeas y respiratorias de la tabes dorsal; en la apnea de la apoplegía y de los tumores cerebrales; en el ritmo Scheyne-Stokes de la intoxicación nerviosa de origen urémico, en las aritmias respiratorias de la histero-epilepsia y en otras formas que reconociendo por causa un estímulo lejano, repercute sobre el centro respiratorio.

Las vías respiratorias en todo su trayecto ofrecen un contingente causal de síntomas neurósicos, al que con mucha frecuencia hemos de hacer responsable desde la vaga idiosincrasia por la que se manifiesta el persistente estornudo calificado de neurósico en los braditróficos y que depende con gran frecuencia de estados fluxionarios, responsables de la irritación transitoria ó permanente de la mucosa nasal; los trastornos circulatorios de la nasofaringe (éxtasis venosa por compresión, cardiopatía, etc.), sostienen la aptitud patológica de la mucosa y que origina esas cefaleas tantas veces calificadas y tratadas como neurósicas, ese asma tan discutido como esencial, cuyo origen en síntesis no es otro que un reflejo con sensaciones angustiosas, susceptible á veces de producir un desequilibrio funcional del sistema nervioso que acarrea desde la enuresis nocturna con síntomas histéricos y neurasténicos, hasta los más complejos síntomas psíquicos que, como la amnesia, incapacidad inte-

lectual y cierto grado de confusión mental, forman el conjunto sintomático de los frecuentes casos de idiotismo que sufren los sujetos afectados de vegetaciones adenoideas en el comienzo de estas vías. Es condición inherente á estas neurosis cierta predisposición del sistema nervioso capaz de sostenerlas, por cuya causa se complica un diagnóstico que sólo el tratamiento es capaz de dilucidar en parte, aunque con frecuencia permanezca dudoso el pronóstico de la forma que observemos.

Estas y otras lesiones de larga enumeración son capaces de sostener y originar los diferentes síntomas olfatorios, tales como la *anosmia*, de ordinario dependiente de una neuritis propagada de la mucosa enferma, de la destrucción de las células olfatorias por procesos celulares patológicos, de la dificultad de la ventilación nasal por parálisis del ala de la nariz, que ya origina la forma unilateral, bilateral, intermitente ó continua, recordarán el origen histérico del síntoma, pero no olvidaremos su causa nasal probable, aun cuando para admitirla, como sucede á la *hiperosmia*, tengamos necesidad de pensar en un fondo neurósico necesario. Tanto hemos de decir de los procesos funcionales del *trigémino* que ya sean de causa central ó periférica pueden manifestarse por fenómenos de exaltación ó déficit funcional, y que, en todo caso, hay que hacer una detenida exploración de las fosas nasales y faringe cuando por los estados de irritación del mismo, del glosofaríngeo ó del espinal, se presenta un espasmo faríngeo tónico ó clónico en el acto de la deglución, que acompañado de sensaciones dolorosas, revisten el tipo completo de neurosis sintomáticas del órgano, que á menudo se completan por signos de déficit funcionales, revelados por hiperestesias y hasta por completas anestesias de la mucosa.

Las neurosis laríngeas de predominio motor ó sensitivo pueden presentarse independientes de toda lesión orgánica, siendo el histerismo típico el que mejor puede simular alteraciones anatómicas de este órgano; pero esta predisposición neurósica se sostiene latente en muchas ocasiones hasta tanto que una causa orgánica insignificante á veces, determina su aparición. En este sentido hemos de estar prevenidos ante la posibilidad de lesiones que en el sistema nervioso central sean las responsables de una anestesia por la destrucción de los núcleos del vago, de una causa tóxica susceptible de alterar la conductibilidad centrípeta de sus fibras ó de una reliquia

infecciosa, entre las que la diftérica ocupa preferente lugar. De igual modo la hiperestesia laríngea, tan frecuente en la clínica, se halla ligada el mayor número de veces á estados catarrales rebeldes que, sosteniendo una persistente irritabilidad del órgano, crean circunstancias favorables para la presentación de un buen número de neurosis reflejas denunciables por la tos tan pertinaz, calificada de nerviosa, patrimonio de procesos orgánicos que, teniendo su asiento en vísceras próximas ó lejanas, se exteriorizan por su frecuente repercusión laríngea.

Esta forma de tos es á veces el primer síntoma de procesos gástricos clínicamente ocultos, de lesiones uterinas en evolución, de un estado catarral de la mucosa laríngea sintomático de una fimia incipiente del pulmón, que el análisis detenido ó la marcha durante el tiempo es la encargada de revelar. Tanto hemos de decir de esa afonía transitoria, tantas veces calificada de neurósica, en una joven anémica é irritable, y que en ocasiones tiene un gran valor como signo precoz de tuberculosis crónica del pulmón (Jacoud).

La crisis espasmódica de la laringe, el espasmo respiratorio de la glotis, calificado con frecuencia de neurosis primitiva de este conductor, es muchas veces sintomático de ciertas excrecencias de su mucosa, de pequeños pólipos del dominio del laringólogo, de estados catarrales tóxicos ó infecciosos que por sus agudizaciones dan síndromes de hiperkinesias laríngeas tan complejas como el ataque de laringitis estridulosa.

Las parálisis laríngeas reconocen por lo general una etiología más clara y un cuadro sintomático menos expuesto á confusiones, y sólo en el caso de ocurrir en una histérica confirmada sin lesión anatómica visible aunque investigada cuidadosamente y acompañada de la acción paradógica de las cuerdas bucales (aproximación de las mismas durante la inspiración y separación en el tiempo opuesto), estaremos autorizados para calificar de funcional una parálisis laríngea.

En la patología general de los procesos bronquiales, aparte de la tos, síntoma reflejo y de defensa cuando es útil, el dolor, sordo y secundario como accidente sintomático, y la disnea en sus diferentes formas, que al exagerarse dominando el cuadro morboso puede hacer suponer lesiones más extensas que las reales, nada hay que á título de neurosismos sintomáticos venga á enmascarar el cuadro, aunque por la exageración de cualquiera de los síntomas antes descritos, tengamos justos motivos para fijar su carácter y causa den-

tro del caso patológico que observamos; así, por ejemplo, la tos, por su repetición enérgica en los predispuestos, puede exagerar la cefalea hasta hacerla intolerable, despertar fenómenos gástricos que se traducen en náuseas y vómitos, y hasta dar lugar á fenómenos convulsivos y á hipertermias, como ocurría en un enfermo de mi visita en quien remitía la elevación de temperatura al cesar una crisis de tos convulsiva.

Incluída la tos ferina entre los procesos infectivos, sus síntomas no se manifiestan de otro modo que por accidentes neurósicos, entre los que la tos, vómitos, disnea, ocupan un lugar preferente. Su patogenia, aunque obscura, es sólo explicable teniendo en cuenta que la especificidad de su infección posee una acción electiva sobre el sistema nervioso que da lugar á ese exagerado reflejismo por el que se denuncian la mayor parte de sus síntomas; de tal manera dominan el cuadro estos fenómenos, que entre los factores sintomáticos que integran el conjunto clínico de la tos ferina, los del sistema nervioso, ya procedan de alteraciones vasculares, cual sucede á las complicaciones del mal, ya tengan su origen en los infartos casi constantes del mediastino, ya provengan de obscuras alteraciones del centro del vago, es lo cierto que en un fondo catarral agudo de carácter infeccioso descansa una sintomatología de neurosis secundaria de carácter reflejo, exteriorizada por peculiares paroxismos, de una tos particular y específica.

De las neurosis bronquiales, ninguna más compleja de patogenia tan obscura y en más ocasiones relacionada con lesiones orgánicas visibles ú ocultas, que el *asma bronquial.*

Supuesta una predisposición neurósica, transmitida por herencia ó adquirida por un desequilibrio accidental ó permanente del aparato respiratorio, suficiente y necesario para alterar el funcionalismo normal del pneumogástrico, punto capital de la patogenia de esta neurosis, las circunstancias cercanas á la presentación del ataque, hay que buscarlas siempre en un hecho patológico que dentro ó fuera del aparato respiratorio sean los responsables de la presentación de la disnea. Todos conocemos las frecuentes observaciones de enfermos que el cambio de localidad hace desaparecer sus accesos; de sujetos que en otras ocasiones se vieron libres de ellos al separarse de la acción nociva de ciertos agentes químicos (Trousseau), y no escasean tampoco casos en los que el olor de ciertas plantas fué lo suficiente para dar margen á la presentación de los síntomas; pero todas estas causas, triviales al parecer, obran

sin duda despertando una latencia neurósica en que se apoya un accidente disnéico, que en ciertos sujetos guarda una relación alternativa con otras neurosis.

A la vista de un asmático y supuesta siempre la existencia de esta desconocida aberración funcional de los vagos, debemos preguntarnos por los motivos más inmediatos que en todo caso nos demuestren una relación causal necesaria siempre, y demostrable en muchas ocasiones. Desde este punto de mira hemos de investigar cuidadosamente las fosas nasales en busca de producciones responsables del espasmo bronquial, del enfisema parcial ó generalizado que en determinadas circunstancias dé lugar á la contracción tetánica del diafragma ó de la bronquitis crónica, que con sus agudizaciones sea la responsable de la insuficiencia creciente de los alvéolos pulmonares, ó bien encontrar los factores nerviosos que, según Weber, son los originarios de la turgencia aguda de la mucosa bronquial, por un trastorno circulatorio de hiperemia accidental, que en sentir de la mayoría de los clínicos, encierra la patogenia del asma bronquial verdadero, aunque de un modo secundario intervengan la mayoría de los factores expuestos, que en todo caso necesitamos investigar para sentar las bases de una terapéutica racional siempre y muchas veces certera.

(*Concluirá*).

REVISTA DE HIGIENE

POR EL

DOCTOR DON RAFAEL RODRÍGUEZ MÉNDEZ

Catedrático de Higiene en la Facultad de Medicina de Barcelona.

SUMARIO: I. Simbiosis fuso-espirilar y sus diversas manifestaciones morbosas. — II. Gonococia metastásica de la piel. — III. La fiebre mediterránea, de Malta ú ondulante. — IV. La agitación como agente purificador de las aguas. — V. Analogías entre el gonococo y el meningococo de Weichselbaum. — VI. Bacteriología de la grippe: confusión actual. — VII. El iodo para sanear las aguas infectas.

I. H. Vincent ha escrito un artículo instructivo sobre la simbiosis fuso-espirilar y sus diversas manifestaciones morbosas. La simbiosis está constituída por el bacilo *fusiforme*, que él describiera, y por un *espirilo*, que se le asocia frecuentemente; las manifestaciones mor-

bosas pueden residir en la piel, mucosas, pulmón y pleura, en donde determinan lesiones muy distintas: desde la falsa membrana hasta la necrosis y la gangrena de los tejidos profundos.

La *podredumbre de hospital* fué la primera en que Vincent vió (1896) la simbiosis fuso-espirilar; también la hay en la *úlcera fagedénica de los países calientes*, llamada asimismo úlcera de la Guayana, de Mozambique, malgacha, annamita, etc.

La *angina de Vincent* entra en este grupo con sus dos variedades tan frecuentes (pseudomembranosa ó difteroide y úlceromembranosa), ya aisladas, ya juntas, á las veces en relación con la estomatitis úlceromembranosa y en algún caso unida al bacilo de Löffler en ciertas difterias, en cuyo caso por debajo de la falsa membrana forma una úlcera; también puede asociarse esta simbiosis á todas las lesiones sifilíticas de la faringe, y entonces éstas pierden sus caracteres específicos.

La *estomatitis ulcerosa*, primitiva ó idiopática, es reputada hace años como la expresión habitual de la infección fuso-espirilar, así como las secundarias, sobre todo la *mercurial*, en la que abundan estos dos microbios unidos á otros varios. En grado más alto, el *noma* ó gangrena de la boca debe ser considerado como efecto de la misma simbiosis.

En algunas *gangrenas viscerales localizadas* se encuentra la asociación indicada: Vincent la ha visto en dos casos de pleuresías pútridas y Ronach en otros dos de gangrena pulmonar.

Finalmente, en varios *abscesos*, abscesos dentarios, supuración de las sinusitis, abscesos apendiculares, abscesos fétidos de la pierna, ha sido también hallada (*Ann. de Dermat. et de Syphiligr.*, 1905).

II. Ch. Andry ha observado un caso muy curioso. Aparece un eritema difuso escarlatiniforme en un blenorrágico, y luego, en las rodillas, una muñeca, cara interna del dedo pequeño del pié derecho, codo, eminencias rojo-azuladas, parecidas á las florescencias del eritema polimorfo; algunas supuraron, otras se convirtieron en abscesos profundos que llegaron á la falange del dedo. En el pus de estos abscesos y en la piel próxima existían gonococos.

Este caso, *gonococia metastásica de la piel, angiodermitis sup rada de gonococos*, es un hecho raro. Con este motivo el autor r cuerda que la septicemia gonocócica puede afectar la piel de vari maneras: eritemas simples, escarlatiniformes, polimorfos y eru ciones pustulosas con gonococos, abscesos subcutáneos desarr llados ordinariamente en los dedos, panadizo gonocócico. (*Id. id. i*

III. La *fiebre mediterránea*, *de Malta*, *undulans* de Hughes, ha sido instituída como entidad morbosa por los médicos ingleses que la han estudiado atentamente en Malta, Gibraltar y otros puntos del litoral mediterráneo. Marts fué el primero en señalarla en 1861; luego hizo un buen trabajo Macleau (1885), y David Bruce (1887) describió el *micrococcus melitensis* hallado en el bazo de los atacados, descubrimiento confirmado por Hugues, Gipps, Wright, Durham, Gordon, Birt y Lamb. En Argelia ha sido estudiada por Brault, quien señaló su existencia en 1903, por Cochez, Soulié, Gillot, Lemaire.

Es poco conocida, á pesar de su frecuencia, y se la describe con los nombres de *empacho gástrico febril*, *paludismo*, *fiebre tifoidea*, *grippe*, etc.; tiene el aspecto de fiebre continua de apariencia pseudotifoidea, cuya incoordinación de síntomas motiva errores y cuya convalecencia, por sus accidentes, motiva tantas dudas. El mismo nombre de fiebre mediterránea expresa un error, pues existe en la India (Bombay), China (Formosa), etc., con sus síntomas característicos y su bacilo.

El *micrococcus melitensis* es un diplococo fino, oval, de 0'33 micras de diámetro, generalmente aislado, á las veces por pares ó en reunión de cuatro, pero nunca en cadenas (Patrick Manson, Enfermedades de los países calientes, 1904). Tiene dos ó cuatro flagelos (Gordon, *The Lancet*, 1899), y existe en el bazo, hígado, riñones y rara vez en la sangre. Se tiñe fácilmente con la solución acuosa de violeta de genciana. Sembrado en agar peptonizado á 0'50 por 100, ligeramente alcalinizado, produce pronto como pequeñas perlas transparentes que se hacen ambarinas á las treinta y seis horas, y más tarde opacas; el agar no es liquidado.

Sus inoculaciones en el mono y en el conejito de Indias producen fiebre definida; en la sangre se encuentra el micrococo, que se puede aislar, sembrar é inocular, reproduciendo siempre el mismo tipo morboso. En el hombre la inoculación en tres casos ha producido, tras dieciséis días de incubación, los síntomas característicos de la enfermedad. (Patrick Manson).

Esta fiebre es menos frecuente en los niños pequeños y en los viejos, y se la observa de preferencia de los seis á los trece años. Es más común en la estación seca, junio á septiembre, en cuya época suele aparecer en forma epidémica. En cuanto al vehículo, el aire es el principal para P. Manson; otros ocusan al agua y algunos al suelo impregnado de las materias fecales. La alimentación no ejerce influencia.

Parece no ser contagiosa y se tiene por imposible la transmisión de persona á persona.

La incubación tiene un lapso muy variable: de dieciséis días después de inoculada, puede bajar á seis y llegar á 20 en algún caso.

La mortalidad es de un 2 por 100 (Hughes); la muerte puede ocurrir al principio de la enfermedad (forma fulminante) (Edmundo Vidal, *La fièvre méditerranéenne*, *Archives de Thérap.*, 1905).

IV. Es conocido el hecho de que la agitación mengua en las aguas naturales el número de microbios y pone obstáculos á su desarrollo. Kuster ha tratado de comprobar el hecho experimentalmente y resulta, en efecto, que el batido del agua al aire reduce por modo considerable el número de gérmenes patógenos, sin duda, así lo piensa el autor, por la oxigenación del agua (*Archiv. für Hygiene*, t. 50).

V. A. Pinto trata de las analogías entre el gonococo y el meningococo de Weichselbaum.

Tienen la misma forma, las mismas dimensiones, son diplococos, su residencia ordinaria es intracelular, los tiñen los mismos reactivos, sus cultivos se hacen sólo en medios muy ricos (ascíticos ó cruóricos), y son de corta duración y sus toxinas son semejantes. (*Journal de Phys et de Pathol.*, 1903, Ch. Lepierre). Exaltados en extremo el meningococo (Lepierre) y el gonococo (A. Pinto), producen uno y otro la blenorragia en el conejo. Exaltados, no es posible distinguir el uno del otro; tampoco es posible diferenciarlos en las preparaciones microscópicas.

Concluye diciendo: «No se puede distinguir un gonococo exaltado de un meningococo exaltado. Podemos afirmar que el meningococo no es más que un gonococo ligeramente exaltado, ó inversamente, que el gonococo es un meningococo atenuado». (*Journal de Physiol. et de Pathol. génér.*).

VI La bacteriología de la grippe atraviesa un período de desorden: á la simplicidad del microbio de Pfeiffer reemplaza hoy una gran confusión, la misma confusión que existe en la clínica y en la valoración endémica y epidémica de la enmarañada *influenza*.

F. Bezançon é Israel de Jong (*Caractéres bactériologiques d crachats au cours de l'épidémie dite de grippe de l'hiver*, 1904-1905. *Soc. méd. des hóp.*, 24 febrero 1905), habían dicho, en virtud de s investigaciones: 1.°, que el cocobacilo de Pfeiffer era sumamer raro; 2.°, que había una infección polimicrobiana de las vías res ratorias debidas á los saprófitos ordinarios, pneumococo, estrept

coco, enterococo, con predominio de dos especies apenas entrevistas todavía: *micrococcus catarrhalis* y el *paratetrágeno zoogléico*; 3.°, que en vista de esto la pequeña epidemia de París (1904-1905), más que como enfermedad específica, debía ser considerada como una afección catarral estacional. Estas afirmaciones, verdaderamente revolucionarias, daban casi al traste con muchos diagnósticos y casi con el cocobacilo.

Como tales ideas no fueron casi aceptadas, los autores procuraron reunir datos de lo observado en otros puntos de Europa y de América, sujetos también á la sazón á la llamada grippe. Estos datos corroboran lo asegurado por Bezançon y Jong. Veámoslos:

Kretz, bacteriologista del Hospital Francisco-José, dice en la Sociedad de médicos de Viena (10 de febrero de 1905), que están todos acordes en que se ha tratado de una epidemia de grippe; pues bien, de 54 casos sólo en 27 ha encontrado el cocobacilo y en 17 de éstos era muy raro. Sternberg, que toma parte en la discusión, y que en 1899 había visto en más de 100 casos el bacilo de Pfeiffer, no lo halló más que 4 veces en 56 de 1903 á 1904 y 13 en 70 de 1904 á 1905, viendo, en cambio, diplococos, pneumococos, micrococos catarrales. (*Wiener klin. Woch.*, 1905).

H. Park, en la Academia de Medicina de Nueva York, expone (16 febrero 1905), que en la epidemia de grippe han sido más numerosos los cocos que los bacilos de Pfeiffer, y que cuando los había estaban tan revueltos con otros microbios, qué era difícil distinguirlos hasta en la sangre con agar, sin que se atreva á decir que los vistos lo fueren realmente.—Hastings ha tomado, sin duda, por el cocobacilo el micrococo catarral.—Knapp ha observado ocho casos de tracoma con bacilo de Pfeiffer.—Dench, en muchas otitis consecutivas á coriza ó á ataques de grippe, no lo ha hallado nunca, pero sí estreptococos y pneumococos virulentos, á las veces asociados. — Connor propone separar los catarros de las verdaderas epidemias de influenza, de la cual no ha podido verse un sólo caso durante tres años en *Hudson street Hospital.* (*The medical Record*, 18 marzo 1905).

Ruheman, de Berlín, que cree en la especificidad del cocobacilo, se maravilla de haber visto sólo 24 grippes típicas en 78 enfermos de las vías respiratorias; y mientras en 1903 halló 6 veces por 7 el cocobacilo, en 1904 no dió con él en 10 casos, como tampoco en los examinados durante enero y febrero de 1905. Deduce que no hay caracteres clínicos precisos de la grippe y que suele darse este nombre á afecciones que no lo son. (*Berlin. Klin. Wochens.*, 13 marzo 1905).

Klieneberger ha estudiado una epidemia, en Francfort, durante el invierno 1904-1905, con síntomas gripales. En 27 casos no se vió más que cuatro veces el bacilo de Pfeiffer; en los demás predominaba el micrococo catarral, puro en varios enfermos. (*Deuts. med. Wochens.*, 13 abril 1905).

Bulloch (*Hunterian Society*, de Londres) hace notar que no se encuentra el bacilo de Pfeiffer en estos últimos años en numerosas afecciones diagnosticadas de influenza, añadiendo que la llamada grippe no es una sola enfermedad, sino más bien una serie de padecimientos causados por diversos microbios, entre los cuales predomina el catarral. (*The Lancet*, 13 mayo 1905).

En el XIII Congreso de Medicina interna (Wiesbaden, 12 á 15 abril 1905) Pick, de Praga, refuta la opinión de Wassermann sobre la rápida desaparición del cocobacilo en los esputos, y cree, al contrario, que no existe ni aun en los casos más típicos; en la última epidemia no lo ha visto y sí en algunos casos de coqueluche. Jochmann, de Berlín, confirma estos resultados.

Rosenthal confirma que ha sido muy raro el cocobacilo, é insiste una vez más en que no es un microbio específico. (*Arch. gén. de Méd.*, 23 mayo 1905).

En cambio, Nobécourt y Paisseau (*Idem, id.*, 25 abril 1905) lo hallaron en varios niños no afectados de influenza, y sabido es que hoy se admite la existencia de este microbio en varias afecciones, especialmente de los niños. Por esto la opinión de estos autores no prueba nada en contra de las ideas dominantes.

Todos los hechos apuntados confirman la manera de pensar de Bezançon y Jong: predominante el cocobacilo en las epidemias anteriores, no lo hubo ó fué raro en la última, notándose, en cambio, la abundancia de otros cocos, y sobre todo del catarral, hace poco descrito. De esto deducen varios clínicos que hay dos grupos: la *grippe-influenza*, tipo de 1889, *grippe verdadera*, debida al bacilo de Pfeiffer, y la *grippe estacional*, causada por microbios saprófitos de las vías respiratorias; una y otra tienen grandes semejanzas clínicas. Pero Bezançon y Jong dicen que no tiene fundamento esta manera de ver, puesto que en la gran epidemia de 1889, la prototipo, no se conocía el bacilo de Pfeiffer, descubierto en 1892, y nada prueba que fuera el causante; antes bien, se le debe considerar como un saprófito de las vías respiratorias (Rosenthal), existente en individuos normales y predominante en muchas afecciones respiratorias, que nada tienen que ver con la grippe.

Despréndese que el problema de la grippe, que parecía resuelto, queda en pié desde todos los puntos de vista: bacteriológico, clínico y epidemiológico. (*Gaz. des hóp.*, 1905).

VII. Georges, farmacéutico principal, propuso, para purificar rápidamente el agua, un procedimiento químico sencillo de que doy cuenta, pues si entiendo que esta suerte de purificaciones tiene poca valía en general, no negaré que en algún caso y para pequeñas cantidades puede servir, que vale más algo que nada.

Se propone tratar sólo un litro de agua, y se vale de tres clases de comprimidos y una pastilla, convenientemente dosificados:

1.°	Iodato sódico seco.....	1'560 gramos.
	Ioduro potásico seco.....	10 —
	Azul de metileno.....	c. s. para colorar.

Divídase en 100 comprimidos, cada uno de los cuales contiene 0'1156 gramos de la masa total.

2.°	Acido tartárico.....	10 gramos.
	Sulfofuchsina.....	c. a. para colorar.

Para 100 comprimidos, en cada uno de los cuales hay un decigramo de ácido.

3.°	Hiposulfito sódico.....	100 gramos.

Fúndase á calor suave y háganse 100 pastillas.

El núm. 1 es ligeramente higrométrico y ha de conservarse en frascos bien tapados; los números 2 y 3 son inalterables. El color de cada uno permite diferenciarlos.

La técnica es sencilla y basta media hora para sanear el agua. Se procede de este modo:

Si el agua es turbia, se la filtra en un cubo de campo, en cuyo fondo se colocan dos cedazos que contengan polvo de amianto (filtro Schuking del ejército austriaco), operación que es muy breve. Del agua filtrada, ó de la que no ha sido preciso filtrar, se toma unos 250 gramos y se echa en ella un comprimido núm. 1, se disuelve y se pone otro del núm. 2; el iodo aparece y comunica al líquido un color rojizo; se vierte esta solución en un litro del agua que se ha de purificar, qué adquiere un bello tinte amarillo obscuro. A los diez minutos han quedado destruídos todos los gérmenes; se añade luego el núm. 3, que neutraliza el iodo y clarifica por completo el agua. Entonces el agua, que es inodora y no tiene sabor desagradable, puede ser utilizada inmediatamente.

Allain, farmacético mayor, fué el primero en proponer el iodo:

vertía ocho gotas normales de tintura de iodo por litro de agua, y después de agitación y un contacto de treinta minutos, neutralizaba el exceso de iodo con vestigios de hiposulfito sódico ó con una cucharada de vino ó de infusión de café ó de té. Si era necesario, filtraba el agua á través de algodón de cristal puesto en el tubo de un embudo de 10 centímetros de largo. El agua no tenía olor ni sabor de iodo, y de ella desaparecían todos los gérmenes patógenos no esporulados y casi todos los saprófitos. Los experimentos se hicieron con el vibrión colérico, los bacilos de Escherich y Eberth y la bacteridea carbunclosa.

Otro farmacéutico militar, Malméjac, en 1900, dedujo de sus estudios sobre los cuerpos halógenos, que el iodo era mejor purificador de las aguas que el cloro y el bromo. Vió el procedimiento de Allain en Argelia, y cree que el poco ioduro sódico que se forma puede ser ingerido sin inconveniente. Utilizaba una solución de hiposulfito al décimo, bastando de V á X gotas para saturar el iodo.

Vaillard, médico militar, en 1902, repitió los experimentos (*Archives de Méd. et de Pharm. milit.*, 1902), concluyendo que el iodo, á la dosis de 0'025 gramos por litro, mata seguramente en cinco á diez minutos los bacilos tifoideo y del colon y el vibrión colérico, por muchos que sean ; á la de 0'050 á 0'065 y en diez minutos, esteriliza las aguas del Sena y un agua muy impura de un pantano. Los únicos que resisten son los microbios esporulados de ciertos saprófitos vulgares.

Las dificultades prácticas que surgían han sido orilladas con los preparados de Georges (*Loc. cit.*), que utiliza 6 centígramos de iodo.

Malméjac es partidario de la depuración de las aguas por el iodo, y sobre todo en la forma propuesta por Georges, sencilla y útil. (*L'Echo méd. du Nord*, 1905).

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 23 de Abril de 1906.

Un caso de traumatismo de la cauda equina.—El Dr. *Fernández Sanz* expone un caso interesante por sí y por tratarse de un accidente del trabajo. Un hombre de cuarenta y seis años, panadero, fué cogido por la correa transmisora de una máquina de amasar, que le enganchó el delantal, y para no ser arrastrado se apoyó en la máquina, arqueando el cuerpo hasta que la correa se rompió; él cayó al suelo tambaleándose y perdió el conocimiento por varios minutos, notando después gran dificultad para mover las piernas, que tenía adormecidas; retención de orina, que duró hasta el tercer día después, y de heces, que se prolongó algo más. En el Hospital de la Princesa comenzó á los diez días á mover mejor las piernas, y á los quince días estaba muy mejorado; no obstante, notaba una flojedad en la pierna derecha, que después empezó á adelgazar.

Cuando lo vió el Dr. F. Sanz tenía disbasia unilateral derecha; la extensión del muslo, flexión de la pierna y movimientos del pié de este lado eran débiles. Los demás movimientos de éste y del izquierdo, bien. Reflejos rotulianos, de Aquiles y el plantar derecho, abolidos; persisten los cremasterianos. Amiotrofia en la región glútea y muslo y pierna derechos. Hipoestesia en una zona que se extendía por la cara posterior del muslo, postero-externa de la pierna y todo el pié; también existía hipoestesia en los órganos genitales externos y periné. Otra zona en el miembro izquierdo, que comprendía la cara antero-interna del muslo hasta la rodilla, pasando por la ingle. Sensibilidad térmica y dolorosa en igual distribución que la táctil. Sensibilidad profunda normal. Normales también los esfínteres anal y genital.

La exploración eléctrica, hecha por el Dr. Gaztelu, dió por resultado: Reacción de degeneración completa en el cístico derecho y sus músculos tributarios, marcada muy bien en el glúteo mayor, gemelos y peroneos.

En el raquis ni en la piel se advertía vestigio alguno del traumatismo.

Hasta ahora, á pesar del plan terapéutico prescrito, no sólo no ha mejorado, sino que la debilidad se va acentuando.

Es evidente la relación del traumatismo con el padecimiento de este enfermo; pero, ¿cómo se produjeron las lesiones? No cree el Dr. Fernández Sanz, y lo demuestra estudiando la posición del enfermo, las fuerzas, las resistencias puestas en juego en el momento del traumatismo y el examen posterior del sujeto, que hubiera fractura ni luxación. Opina que debió producirse un hematorraquis, pues la violenta contracción de todos sus músculos, la glotis ocluída, la respiración suspendida en inspiración, ele-

varon enormemente la presión sanguínea que, unida á los trastornos circulatorios locales determinados por la potencia traumática, lo explica bien.

La fugacidad de los trastornos esfinterianos y de la paraplegia crural se explica por la absorción parcial del derrame intrarraquídeo. La persistencia de los síntomas permanentes por quedar exudados que han determinado irritación de las fibras nerviosas.

De un estudio muy detenido de los síntomas, deduce que á la derecha hay lesión de los segmentos ó raíces lumbares tercera (abolición del reflejo rotuliano), cuarta y quinta, y los sacros (paresia, amiotrofia, abolición del reflejo de Aquiles). A la izquierda, lesión de los segmentos ó raíces tercera y cuarta lumbares, y tercero y cuarto sacros. Hace una minuciosa distinción entre los fenómenos de los segmentos y de las raíces, y deduce que su caso reproduce fielmente las lesiones de la cauda, pues si bien es cierto que falta la zona de hiperestesia, que se dice existir por encima de la de anestesia, en las lesiones radiculares, esto es tan poco importante que no invalida los demás datos.

Claro que la abolición bilateral de reflejos rotulianos indica lesión central, pero esto no es sino el último vestigio de la perturbación sufrida por la médula en el momento del accidente. Por lo demás, esta combinación de lesiones medulares y radiculares es la regla en los traumatismos de esta región.

Hace algunas consideraciones respecto al tratamiento.

Traumatismo de la cauda equina.—El Dr. *Gayarre* se ocupa de otro caso de lesión de la cola de caballo. Trátase de un individuo que hace diez meses sufrió una caída de seis metros de altura; chocó en el suelo con el sacro, perdió el conocimiento y estuvo sin él dieciocho horas; al despertar tenía paraplegia completa, flácida, *no dolorosa*, y sentía dolor de cinturón. Retención completa de orina y heces. El enfermo notaba por el tacto que la vejiga estaba llena; para vaciarla era y es, desde entonces, indispensable el catéter. No sentía ni siente el paso de la sonda. La retención fecal obligaba á recurrir á los enemas, que tampoco producían sensación alguna, y lo mismo sucede con el paso de las heces. Al principio anestesia de los miembros abdominales. Impotencia completa, que persiste todavía.

Al cuarto día empezó á mover la pierna izquierda. La derecha siguió inmóvil. La anestesia del miembro abdominal derecho persistió largo tiempo y mucho menos la del izquierdo, esto es, el miembro más paralizado fué también el más anestésico. No hubo, pues, síndrome de Brown-Séquard. Apareció una úlcera indolente en el borde externo del pié derecho, que aún persiste.

En la actualidad se observa atrofia de la región glútea derecha y la úlcera á que antes nos referimos. Pié izquierdo en garra. Ligera escoliosis lumbar de convexidad derecha. La dozava vértebra dorsal parece algo prominente. No hay ninguna vértebra sensible á la presión ni callo vertebral

Existe paraparesia flácida, no dolorosa, más acentuada en el lado derecho. El enfermo se tiene bastante bien en pié. Persisten todos los movimientos, pero algunos están debilitados, como la flexión plantar del pié izquierdo, porque se lo impide el pié en garra, y la del derecho por la paresia de los gemelos y flexores de los dedos. No hay *steppage*, sino que anda

levantando poco los piés. Faltan los reflejos de Aquiles y el plantar. No hay ninguno que indique lesión de vía piramidal.

Del examen eléctrico practicado con minuciosidad, deduce que hay reacción de degeneración parcial en el nervio tibial posterior y en algunos músculos inervados por él. El flexor largo de los dedos y el glúteo mayor derecho son inexcitables.

La alteración de la sensibilidad es análoga á la siringomiélica. La repartición de la anestesia es la propia de las lesiones de la cola de caballo ó del cono y epicono medular. La sensibilidad profunda es normal. Anestesia del pene y parte posterior del escroto, de la uretra y del ano. Ninguna zona hiperestésica.

Como antes ha dicho, hay retención completa de orina y heces. Sólo cuando la vejiga se distiende mucho, siente como deseo de orinar, que no puede satisfacer por sí solo. No hay micción refleja ni la vejiga es esprimible. El enfermo no ha tenido desde el accidente ninguna erección, ni de origen psíquico, ni provocada mecánicamente. El semen sale durante el sueño ó con la defecación.

Apoyándose en lo expuesto, afirma que se trata de una lesión de cola de caballo, sobre todo de los troncos del lado derecho. No se puede pensar en lesión de la médula sacra, á pesar de la disociación siringomiélica que se observa en este caso, porque no es comprensible que un traumatismo tan violento, dada la pequeñez de la médula sacra, pueda interesar sólo á ella y más á un lado que á otro. Además, el golpe no corresponde en el caso presente al nivel de la médula sacra, sino más bajo. Verdad es, añade, que en nuestro caso hay asimetría en las lesiones. Podría, pues, suponerse que hay hemisección de la médula sacra, pero entonces habría síndrome de Brown-Séquard, y nada parecido hay en nuestro caso.

No cree que sea signo decisivo, para el diagnóstico de lesión de la cauda, los dolores intensos en las regiones paralizadas, fundándose en un caso por él observado, en que era indudable la lesión de cola de caballo por la existencia de un callo óseo en la unión del sacro con la columna lumbar y en el cual tampoco existieron dolores.

Como no queda señal del traumatismo, no es posible determinar á qué altura está la lesión, constituyendo esto una dificultad para la intervención quirúrgica.

Hace mención especial de los trastornos de micción, defecación y aparato generador, que en el caso actual viene en contradicción con lo que sostiene Muller, al decir que toda lesión transversa de la médula debe ir seguida de retención urinaria, que al cabo de algunas semanas se convierte en incontinencia. Según Muller, la inervación de la vejiga, recto y órganos genitales son independientes de la médula sacra, en la cual no existe ningún centro destinado á ella, son reflejos totalmente simpáticos. Del análisis minucioso de los trastornos de micción, defecación y aparato generador, demuestra el Dr. Gayarre que el caso de que se ocupa no es favorable á la teoría de Muller.

Al ocuparse del pronóstico dice que, en cuanto á la vida, es favorable si no sobreviene la cistitis, ofreciendo además la ventaja de que las fibras de la cola de caballo se regeneran mucho mejor que las medulares, pero sin

que pueda decidirse nada en cuanto al tiempo y hasta qué punto podrá llegar el restablecimiento de las funciones abolidas.

Teniendo en cuenta que el enfermo hace vida muy tolerable, anda bastante bien, no tiene dolores y sólo le molesta la retención urinaria, es del parecer que no debe pensarse por ahora en la intervención quirúrgica, sino esperar, y si los trastornos urinarios persistiesen mucho ó apareciese la cistitis, apelar á la operación, suponiendo que ofreciese alguna garantía de éxito. Mientras tanto, está sometido á la electricidad.

SOCIEDAD GINECOLÓGICA ESPAÑOLA

Sesión científica celebrada el día 26 de Abril de 1906 (1).

Tos convulsiva gripal. — El Dr. *García López* (D. Tomás) dice que en la sesión anterior hizo el Dr. Carazo ciertas afirmaciones sobre la morfología del bacilo de la influenza que conviene rectificar, y ya que el Dr. Cardenal no lo pudo hacer entonces ni asistir hoy á la sesión, le ha encargado dé lectura á las siguientes observaciones, que el Dr. García López hace con gusto :

«Guiado por la mejor intención y con el deseo de dar pié al Dr. Carazo para rectificar un error en el que, sin duda, involuntariamente había incurrido, intenté en la última sesión rectificar un dato sobre la morfología del bacilo de Pfeiffer. Decía el Dr. Carazo que era sumamente sencillo ver en cualquier preparación de esputo y previa una sencilla coloración con el azul de metileno, los bacilos de la influenza (supuesto que existieran en el esputo), pues bastaba una lente de poco aumento, citó 600 diámetros, para verlos muy grandes. En mi pequeña observación expuse la idea de que no es tan fácil como parecía deducirse de la exposición del Dr. Carazo descubrir y reconocer á los bacilos de la influenza por su extramada pequeñez, y hasta creo recordar que cité la cifra, aunque sin hacerme fuerte en ella, de que su longitud era de tres décimas de micrón. El Dr. Carazo, no interpretando quizás nuestra amistosa observación, nos dijo y repito sus palabras textuales, que el bacilo de la influenza era uno de los más grandes conocidos, pues á un aumento de 600 diámetros aparecían del tamaño de los palotes que se hacen cuando se aprende á escribir, y que, además, se teñían con suma facilidad en el azul de metileno, y terminó prometiéndonos traer preparaciones de estos bacilos. Ahora bien, aun á riesgo de ofender la reconocida ilustración de los señores académicos y del público, repitiéndoles hechos harto conocidos por todo el que se dedica á estudios bacteriológicos, nos permitiremos exponer lo más brevemente posible algunos datos absolutamente exactos, sobre la historia y la morfología del bacilo de Pfeiffer, los cuales demostrarán que no procedimos de ligeros al refutar dos graves errores en que incurrió el Dr. Carazo, á saber: que el bacilo de Pfeiffer es uno de los más pequeños y bastante difícil de teñir.

(1) La reseña de la sesión del día 18 que publicamos en el número anterior apareció por error, firmada por el Sr. Secretario de actas de la Sociedad, siendo así que desde dicho día estas reseñas no tienen carácter oficial. — (*N. de la D.*).

Muy numerosas han sido las epidemias de influenza descritas por los autores, lo cual prueba que no es una enfermedad de fecha reciente; antes de la epidemia de 1889-90 se encuentran en la literatura médica perfectamente descritas nada menos que 24 epidemias: la primera y más antigua conocida con exactitud, se observó en 1337, la segunda en 1411, la tercera en 1414, la cuarta en 1427, la quinta en 1510, la sexta en 1557, la séptima en 1580, la octava en 1593, la novena en 1626, la décima en 1658, la undécima en 1675, la duodécima en 1693, la décimotercera en 1712, la décimocuarta en 1729, la décimoquinta en 1732, la décimosexta en 1742, la décimooctava en 1781, la décimonovena en 1799, la vigésima en 1830, la vigésimaprimera en 1836, la vigésimasegunda en 1847, la vigésimatercera en 1851, la vigésimacuarta en 1857 y la vigésimaquinta en 1899, que fué una de las más grandes. En febrero de 1889, Heyfelder observó algunos casos en Buchara y á fines de octubre se observa el primer caso en San Pertersburgo, desarrollándose con tal rapidez que á mediados de noviembre había en Rusia 150.000 atacados. Luego se extiende rápidamente y á mediados de noviembre aparece en Cracovia, Lodz y Varsovia, y casi al mismo tiempo en Berlín, Breslau y Leipzig. A fines de noviembre y principios de diciembre hace su aparición en París, Stocolmo, Copenhague, Viena, Hamburgo, Munich, Stuttgart y á mediados de diciembre en Berna, Basilea, Zurich, Ginebra y otras ciudades suizas. A mediados de diciembre se extiende también á Londres, y de ahí á toda Inglaterra y Escocia, y poco después á Bruselas. A fines de diciembre la encontramos en Italia, España, Portugal, Bohemia, Irlanda, Atenas y Constantinopla. Antes, hacia la mitad de diciembre, se presentaron los primeros casos en New-York, lo que prueba que la epidemia no sólo se extendía de Este á Oeste, sino también de Oeste á Este. De New-York se propaga á toda la América del Norte y del Sur. A principios de enero se la ve aparecer en Egipto, Argelia y en la Colonia del Cabo, á donde fué importada por los navíos ingleses. En Persia y Hongkong hace irrupción á mediados de enero, y en febrero y marzo se ceba sobre el Japón, la India y Australia.

Dada la gran extensión y la marcadísima contagiosidad de esta última gran epidemia, no es extraño que fueran muchos los investigadores que se dedicaron á buscar el agente causal de esta enfermedad, ya que el resultado negativo de las investigaciones practicadas con el mismo fin durante las epidemias anteriores podía atribuirse, benévolamente, á la falta de medios técnicos con que descubrir al que después se ha llamado bacilo de Pfeiffer, lo cual viene á demostrar de un modo indirecto que estos bacilos no se ven con un aumento de 600 diámetros, del tamaño de palotes, pues de ser tan grandes, no nos explicamos cómo pudieron escapar á la penetración de tantos y tan reconocidos sabios. (Si asignamos á un palote nada más que 12 milímetros, con una lente que aumente nada más que 100 diámetros. veríamos que los bacilos descritos por el Dr. Carazo eran del tamaño de 2 milímetros ó de 1 milímetro vistos á 50 diámetros, y desde el tiempo de Leowenhvek existían ya lentes de este poder). Pero al presentarse la epidemia de 1889 al 90, poseíamos ya un arsenal inmenso de medios de exploración bacteriológica, y sin embargo, se publicó mucho y nadie acertaba. La mayor parte de los autores atribuían la influenza al bacilo lanceolatus

ó á estreptococos, Klebs á un flagelado que encontró en la sangre, Fränkel á unas bacterias que llamó bacterias en forma de reloj de arena, y podríamos citar una interminable lista de nombres á cual más respetados por todos los bacteriólogos que se equivocaron.

Hasta 1892 no logró Pfeiffer, en unión de Beck, descubrir en los esputos de los enfermos atacados por la influenza un bacilo que por fin es reconocido por los demás autores como el agente causal de esta infección. ¿Y á qué atribuye Pfeiffer que nadie diera con él? Pues sencillamente, á su extremada pequeñez y muy especialmente á la dificultad con que se logra colorearlos. Ya ve el Dr. Carazo cómo el mismo descubridor del bacilo de la gripe es quien refuta los dos asertos principales de su señoría, de que eran grandes y se teñían con suma facilidad en una simple solución de azul de metileno.

Respecto á la morfología del bacilo de Pfeiffer, traduzco literalmente de un artículo de Beck, que forma parte del *Handbuch der pathogenen Mikroorganismen*, pág. 367: «El esputo, una vez seco y fijado, se tiñe en una solución diluída de fuchsina al 1 por 10 durante cinco ó diez minutos. A gran aumento (inmersión 1-20 de Leitz y ocular IV, ó bien inmersión 2 mm. de apertura ocular 4 de Zeiss), aparece bajo el microscopio el protoplasma celular, teñido de rosa, en el que resaltan intensamente teñidos de rojo los núcleos celulares y las diminutas bacterias de la influenza. También puede obtenerse una preparación bonita, aunque no tanto como con la fuchsina, por medio del azul de metileno de Löffler, que no es una sencilla solución de azul de metileno, sino que se compone de coloración en una solución alcalina de azul de metileno, diferenciación en ácido acético al $^1/_2$ ó 1 por 100 deshidratación, aclaración, etc., «que se deja obrar durante unos dos minutos. Por medio de esta coloración aparece menos marcado el contraste entre los bacilos de la influenza y las demás bacterias; además, por este medio los bacilos de la influenza aparecen algo más gruesos. También se obtienen imágenes bonitas por medio del violeta de genciana. La coloración de Graam no tiñe los bacilos de la influenza.

»Este bacilo es dos á tres veces más largo que ancho, siendo su longitud variable. Por término medio oscila, según Flügge, entre 2 á 3 décimas de micrón á 5 décimas de micrón.

»Bajo algunos conceptos tienen estos bacilos alguna semejanza con los de la llamada septicemia hemorrágica; son, sin embargo, mucho más pequeños».

En otra obra «Introducción al estudio de la bacteriología, por C. Günther», pág. 548, dice: «El bacilo de la influenza es un bacilo muy pequeño y delgado (más pequeño que el de la septicemia de los ratones), y con los extremos redondeados». Los bacilos de la septicemia de los ratones presentan las dimensiones siguientes: 8 décimas de micrón á un micrón de largo, por 1 á 2 décimas de micrón de ancho

Sahli, dice: «También tiene mucha importancia diagnóstica el bacilo de la influenza, descubierto por R. Pfeiffer durante la epidemia de á principios del año 1890. Es este bacilo muy pequeño, se une á veces en grupos de dos, es muy difícil de teñir, etc.».

En el atlas de E. Zettnorow, lámina 1.ª, fig. 17, se ve una fotografía de

los bacilos de la influenza, hecha nada menos que á 1.000 diámetros y fácil les será á los señores socios, al mirarla, convencerse de la extremada pequeñez de estas bacterias, que es tan notable que en todo el atlas no se encuentran otras menores, y finalmente, para comparar los bacilos de Pfeiffer con una bacteria, de todos mil veces vista, el bacilo de la tuberculosis, que ya tiene fama de ser pequeño; he aquí sus dimensiones: el bacilo de Koch presenta una longitud de 2 á 4 micrón, el de la influenza, como hemos dicho antes, sólo como máximum 5 décimas de micrón, esto es, la cuarta parte. El ancho del bacilo de la tuberculosis es de 3 á 5 décimas de micrón y el de la influenza no llega á una décima de micrón.

Espero con estos datos, que, como véis, para dar más autoridad á mis palabras saco de diversas obras, haber convencido, si ya no lo estaban, á los que me hacen el honor de escuchar y haber logrado que el Dr. Carazo sea en lo sucesivo algo más cauto en sus afirmaciones sobre el tamaño y facilidad con que se reconocen las bacterias, especialmente el bacilo de Pfeiffer.

El Sr. *Presidente*, no estando presente el Dr. Carazo, se le reserva el uso de la palabra para la sesión inmediata.

Monstruo fetal.—El Dr. *García López* (D. Tomás), dice que va á dar lectura de la historia de la enferma que ha dado á luz el feto cuyas fotografías enseña.

M. de la A., casada, de veinticinco años, tuvo la primera regla á los doce años y normal. Se casó á los diez y nueve, y tuvo el primer hijo á los veintiuno menos días: á los veintidós menos dos meses tuvo otro; á los nueve meses de este parto tuvo un aborto de tres meses, y á los tres meses siguientes, otro de dos. Volvió á quedarse embarazada y dió á luz un niño de ocho meses, raquítico y con toda la cabeza apoplética y en forma de viejecito, que vivió dieciséis días, durante los cuales no consiguió hacerle entrar en calor á pesar de haber empleado el procedimiento de envolverle en algodón y tener continuamente puestas botellas de agua caliente. A los tres meses volvió á hacerse embarazada, dando á luz el actual niño. Síntomas del embarazo: en cuanto notó su estado, se la presentaron cólicos á diario, con dolores agudos al vientre y malestar general durante todo el embarazo, notando en este tiempo movimientos fetales más bruscos que en ningún otro embarazo. Hay que advertir que, durante este último, ha sufrido dos caídas, una á los tres meses por una escalera, y la otra á los seis, pero de poca importancia.

Dice el Dr. García López, que no posee otros datos, pues estos los considera insuficientes, pero sin embargo, espera que los Dres. Sarabia y Benitez le ilustren, diciendo el por qué nacen así estos fetos.

El Dr. *Sarabia* dice que no corresponde á la especialidad que el cultiva, puesto que estos monstruos no viven ó viven muy poco. Ateniéndose á las fotografías y á los escasos datos aportados, cree se trata de un caso de osteogenesis imperfecta.

Contestar á la pregunta de por qué nacen así, es más difícil: existe una madre que ha tenido dos abortos y un niño fuera de término y raquítico, y esto autoriza para sospechar que esta osteogenesis imperfecta tal vez sea ocasionada por la sífilis.

Hace un detenido análisis de la historia é histología de los huesos cra-

neales en los casos de osteogenesis imperfecta y de las opiniones emitidas para explicar su patogenia, probablemente de origen placentario, por trastornos circulatorios que perturban la nutrición fetal, y cita un caso de osteogenesis parietal, tratado en su consulta con fosfatos á dosis masivas y con resultado satisfactorio.

Sobre la viabilidad de estos fetos, de encefalotoma, falta de parietal, etcétera, cree y todos los autores convienen en que no viven, por lo comprometida que está la circulación cerebral.

El Dr. *Parache* dice que los casos como el actual, tienen su verdadera causa, todavía ignorada á pesar de todos los experimentos hechos, especialmente por Duval.

Se extiende en varias consideraciones de embriología, recordando el desarrollo del sistema nervioso, para deducir que á su juicio la causa del fenómeno teratológico presente es debido á la falta de oclusión del conducto primitivo.

El Dr. *Benitez* dice que no ha escuchado la exposición del caso y que es difícil hacer juicios, cuando faltan datos precisos, pues á este feto no se le ha hecho autopsia y sin embargo se asegura que le faltan frontal, occipital y parietales, y bien pudiera suceder que no le faltaran y sí que no se hubieran osificado.

Recuerda la forma de hacerse la osificación, no desecha la interpretación del Dr. Parache, pero cree más atinada la expuesta por el Dr. Sarabia de osteogenesis imperfecta, y termina celebrando la presentación del caso, pues merece sea publicado.

PERIÓDICOS

I —

Cuerpo extraño introducido en el bronquio derecho durante cuarenta días y expulsado espontáneamente. — El Dr. D. A. Morales Pérez publica en *El Siglo Médico* el caso referente á Angela Valls y Sans, de ocho y medio años de edad, constitución orgánica débil y temperamento linfático. Haciendo encaje con *ganchillo*, tenía distraídamente en la boca un *clavo tachuela* el día 21 de abril del presente año. Por esa mala costumbre de hablar teniendo cuerpos extraños en la boca, practicó inconscientemente una profunda inspiración, pasando el clavo al aparato respiratorio, sintiendo en un principio molestias que fueron muy pasajeras.

Alarmados los padres de la niña, al saber por ella que sentía como si tuviese un *nudo*, determinaron llevarla á un médico radiógrafo, quien, por los rayos X, pudo señalar la presencia del cuerpo extraño á dos centímetros de la línea axilar anterior y frente al segundo espacio intercostal, cuyo punto determinó por medio de un lápiz dermográfico.

Por la radioscopia determinó también dicho profesor en la cara externa del tórax otro punto de referencia en el tercer espacio intercostal de la línea axilar del centro.

Se presenta dificultad de respirar el día 15 de mayo, y algunos esputos sanguinolentos, lo que alarma de nuevo á los padres de la niña y consultan con un laringólogo, cuyo profesor les indica que si se acentúan los fenómemenos de asfixia, será indispensable una operación.

Por fortuna desaparece la asfixia y los esputos sanguinolentos, y ante la idea de tener que recurrir á una maniobra quirúrgica, se deciden los padres de la paciente á consultar al Dr. Morales. Le practica un detenido reconocimiento con el *fono-endoscopio* de Bianchi, y encuentra el murmullo vesicular un poco disminuído en el pulmón derecho, y frente á los puntos indicados por el médico radiólogo, ligero ruído de roce, pero el aire pasaba perfectamente al pulmón. En éste no pudo encontrar, en punto alguno, estertores crepitantes de ninguna especie.

Una vez examinado un clavo igual al que tenía en el bronquio, que pasando el aire al pulmón derecho, y no habiendo esputos sanguinolentos ni estertores, ni tampoco fenómenos de disnea, aplazaría la operación, pues no la veía de necesidad urgente, porque el cuerpo extraño, siendo metálico, no daría lugar á las fermentaciones. Mas si cambiaba de sitio rasgando la mucosa, y determinase hemorragias, entonces les recomendaba la traqueotomía, lo más baja posible, é introducir una pinza articulada para extraer el cuerpo extraño, teniendo como auxiliar la pantalla fluoroscópica. La operación sería algo difícil, pero era lo único que cabía en este caso, toda vez que, colocando la niña con la cabeza hacia abajo, no era fácil obtener resultado, siendo el cuerpo extraño de 14 milímetros de longitud y 9 en el diámetro de la cabeza.

En el segundo reconocimiento las cosas no habían variado, la niña no tenía tos, ni esputos, ni disnea, y como si recobrase mayor confianza, comía, bebía bien, y el sueño era tranquilo y no agitado por *pesadillas*, como sucedía en los días anteriores.

No habían pasado muchos días de esta última consulta, cuando expulsó el *clavo-tachuela* sin tos y sin esfuerzo de ninguna especie.

Le practiqué un detenido reconocimiento y encontré el aparato pulmonar, especialmente en el punto en donde había estado implantado el cuerpo extraño, en perfecta normalidad, la que ha continuado después en las mismas condiciones.

A muchos comentarios — dice el Dr. Morales Pérez — se presta dicho caso clínico para determinar las grandes ventajas de la radioscopia, y el modo como deben determinarse, en casos análogos, las indicaciones operatorias; pues en unos casos puede el cirujano precipitarse con maniobras quirúrgicas de dudosa utilidad, cuando no perjudiciales, y en otros casos no conviene permanecer á la espectativa, cuando durante ésta se desarrollan peligrosas complicaciones.

Creo que no pueden darse reglas generales; y en estos casos, como en otros muchos de la cirugía, el práctico ha de ser *oportunista;* y si conviene la espectación, ha de ser una *espectación armada.* — SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesiones de los días 15 y 22 de Mayo de 1906.

De la sífilis experimental.—El Dr. METCHNIKOFF: En la sesión precedente, el Dr. Hallopeau ha hablado de una comunicación del profesor Neisser al Congreso de Lisboa. Gracias á la amabilidad del Dr. Levy-Bing, he podido enterarme de dicha comunicación, en la que dice ese eminente venereólogo que sus experimentos sobre la acción preventiva de las pomadas mercuriales no le han dado siempre resultado positivo, y piensa que este hecho se explique por ser tal vez nuestras inoculaciones más superficiales que las suyas. Las que nosotros hemos practicado han sido suficientes para provocar el accidente primario á los monos no tratados, é interesaban perfectamente el dermis. Las inoculaciones del virus que hemos hecho en el hombre y en los monos han sido mucho más profundas y mucho más intensas que las que causan la infección natural; y en los experimentos con las pomadas, es necesario colocarse en las condiciones más análogas á las naturales.

Si después de haber inoculado el virus muy profundamente, el Dr. Neisser no ha impedido siempre la aparición de la sífilis por el empleo de las pomadas mercuriales, esto no invalida en absoluto la eficacia del método para la prevención de la sífilis en el hombre. Los casos prácticos del Dr. Neisser prueban que, á pesar de una inoculación cutánea profunda, las pomadas mercuriales son capaces, según los datos comunicados por este sabio á Levy-Bing, de impedir la aparición del proceso en el 50 por 100 de los casos, lo cual representa una confirmación importante de la tesis que sostenemos.

La defensa sanitaria de París.—El Dr. A.-J. MARTIN: La creación en 1892 de una Inspección general de Saneamiento y de salubridad de la habitación, ha permitido centralizar la mayoría de los servicios y darles progresivamente una mayor extensión, que permitió consolidar y perfeccionar la constitución de los Registros de higiene. Desde 1892, el número de transportes de enfermos y heridos por los servicios públicos se ha elevado sucesivamente hasta cerca de 45.000 en 1905; el de las operaciones de desinfección efectuadas por el servicio municipal se aproxima á 60.000; la cifra de las vacunaciones y revacunaciones á domicilio en tiempo de manifestaciones epidémicas es superior á 80.000, descontando las 160.000 vacunaciones hechas por los servicios ordinarios; se ha creado un laboratorio para el diagnóstico de las enfermedades contagiosas; se terminaron las cédulas sanitarias de las casas de París; se han vigilado mejor las fuentes que alimentan á la población; el examen de las nuevas construcciones, la iniciativa privada, creando los Dispensarios, las Gotas de leche, etc., han mejorado extraordinariamente las condiciones generales de salubridad de la capital.

Con estas mejoras se han obtenido consoladores resultados, puesto que la mortalidad general que en 1894 era de 22'3 por 1.000 habitantes, ha descendido progresivamente hasta la cifra de 17'4, cifra de mortalidad de las grandes capitales extranjeras, donde funciona análoga organización.

De la tuberculofobia. — El Dr. Rousseau Saint-Philippe (de Burdeos): Una larga experiencia en la clínica infantil del hospital de niños de Burdeos me ha convencido de la extrema rareza de la tuberculosis pulmonar en el niño, con relación á la frecuencia con que se observa en el adulto y de la extrema facilidad con que se hace el diagnóstico de tuberculosis en los niños, especialmente por los médicos jóvenes. Si el público, imperfectamente educado, está amenazado de ser *tuberculófobo*, los médicos parece que se encuentran en un estado psíquico inquietante y padecen, una especie de *tuberculomanía* que debe ser desterrada. También se ha de desechar la expresión tan á la moda de pretuberculosis; se es tuberculoso ó predispuesto ó tuberculizable, pero no pretuberculoso. Busquemos, pues, los tuberculosos para cuidarlos inteligentemente y salvarlos si es posible; busquemos, sobre todo, los candidatos á la tuberculosis para preservarles; pero no veamos siempre en el desgraciado un culpable; exceso en todo, es un defecto; no exageremos y obtendremos la victoria, que será la del buen sentido.

Reflexiones acerca del envejecimiento glicerinado de la vacuna. — Los doctores Kelsch y Cambier: La pulpa de nuestro centro vacunógeno es tanto más virulenta cuanto más joven; el tanto por ciento de éxitos más elevado corresponde á los quince primeros días que siguen á la cosecha. La maceración prolongada en la glicerina le es, pues, más perjudicial que útil, puesto que mata los gérmenes inofensivos que la acompañan y debilita su valor específico; tal es el balance de sus efectos. Ahora bien; nos guardaremos mucho de generalizar. Sin duda hay pulpas con una flora bacteriana, rica y variada, que exigen una larga depuración en la glicerina y que justifican la boga de que goza esta práctica. Pero las observaciones hechas en el ejército, reforzadas por la experiencia adquirida en vuestro Instituto, me han hecho reflexionar con más cuidado, arraigando en mi ánimo la convicción de que se ha ido muy lejos en la vía de la esterilización de las pulpas antiguas, y que los inconvenientes atribuídos á las pulpas jóvenes son despreciables; actualmente empleo estas últimas, de cinco á quince días, de preferencia á la vacuna vieja, y nada me ha sorprendido el ver á ciertos directores manifestar la misma tendencia en el último Congreso de Weimar. He renunciado á la vacunación directa de la ternera al brazo, aunque una larga experiencia haya demostrado su inocuidad, puesto que antes de llevar la vacuna al terreno humano conviene fijar su valor comprobándolo en el animal, porque la autopsia preliminar del vacunífero es un punto de apoyo más á la seguridad de la vacunación animal, y, en fin, porque la pulpa transportada directamente al brazo me ha parecido algo menos activa que las conservadas algunos días, lo cual atribuyo, no á que estas últimas han estado en contacto con la glicerina y han permanecido algunos días en la nevera, sino á que el virus está más uniformemente repartido que en el producto directo, en parte coagulado. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 16 de Mayo de 1906.

Quistes del cuello.—El Dr. Jalaguier: El caso presentado por el Dr. Walther me recuerda un anciano, al que operé hace diez y ocho años. Tenía en la región submaxilar izquierda un tumor del tamaño del puño; la masticación era difícil; el conducto de Warton estaba libre; no había ránula y sospeché se trataba de un quiste congénito. Puesta al descubierto la pared del quiste y rotas sus adherencias con los tejidos inmediatos, conseguí enuclearle con facilidad. El examen histológico me hizo creer que el tumor era un quiste desarrollado en un lóbulo aislado del cuerpo tiroides. Esta interpretación me parece más probable que la de angioma, invocada por el doctor Walter.

El Dr. Routier: He operado en las mismas condiciones á un enfermo de setenta y un años, que padecía un tumor tenso y elástico, del volumen de dos puños. Molestaba poco al enfermo estando en reposo, pero durante la marcha provocaba disnea. Extirpé el tumor, que era un quiste de paredes gruesas y de contenido líquido y negruzco.

Cuerpo extraño esofágico.—El Dr. Mauclaire: A los casos de cuerpos extraños del esofágo, referidos recientemente, debo añadir el de una mujer de treinta años, á la que vi el año pasado. Esta mujer tenía una dentadura metálica, con uno de los ganchos rotos, la cual penetró en el esófago. Se intentó en vano extraerla con el cestillo de Graefe. A los pocos días tuvo fiebre y fenómenos de congestión pulmonar. Estos accidentes desaparecieron, y á las tres ó cuatro semanas tuve ocasión de ver á la enferma. La radiografía demostró que el cuerpo extraño se hallaba detenido frente á la segunda vértebra dorsal, pero la enferma indicó que á veces variaba de sitio. Al palpar el cuello nada sentía la enferma, la cual se encontraba poco molesta.

Antes de intervenir intenté practicar la esofagoscopia, pero como fué imposible, tuve que hacer la incisión del esófago. Introduje una candelilla olivar, y al extraerla se movilizó el cuerpo extraño, que pude extraer sin dificultad por la herida, con una pinza. No suturé el esófago, curando la enferma en poco tiempo.

En el extranjero se ha practicado en estos casos la esofagoscopia, que presta grandes servicios. En dos observaciones que he leído, una vez el cuerpo extraño, detenido á 20 centímetros del arco alveolar, fué extraído por el tubo esofagoscópico. En el otro, las tentativas hechas para cogerle le hicieron caer en el estómago. La esofagoscopia es un medio que debe emplearse antes de recurrir á la esofagotomía externa.

Luxaciones del carpo. — El Dr. Delbet: Las luxaciones del carpo no son muy frecuentes, pero tampoco son excepcionales. Pueden observarse con ó sin fractura de los huesos, y casi siempre á consecuencia de una caída sobre la mano; otras veces son consecutivas á una torsión.

En el primer grado, á consecuencia de estos traumatismos, no se nota luxación, sino fractura del escafoides, que no es producida por magullamien-

to, como lo prueba el examen de varios casos que he observado, sino por arrancamiento; en estos casos la fractura recae en el cuello del escafoides.

En el segundo grado hay luxación, pero no radiocarpiana ni mediocarpiana. El hueso grande pasa detrás del semilunar, que gira alrededor del ligamento radiosemilunar, el cual no se rompe, sino que se eleva más ó menos hasta los tendones extensores, según se ha dicho. A estas luxaciones se las ha dado el nombre de luxación del semilunar, lo cual es un error, pues dicho hueso, casi inmóvil, queda en relación con los otros. En ciertos casos el escafoides y el piramidal se fracturan, y sus fragmentos superiores siguen en su ascensión al hueso grande. Hay entonces luxación complicada con fracturas. La importancia práctica de estas lesiones se debe á la impotencia absoluta de la mano y á la existencia de dolores, cuando se las desconoce. Se observa deformaciones análogas á las de las fracturas del radio, pero situadas debajo de este hueso; hay, además, siempre dolores agudísimos por estiramiento ó compresión de los nervios mediano ó cubital.

Las tentativas de reducción simple son de ordinario ineficaces. Es necesario intervenir, no por la cara dorsal, sino por la anterior, penetrando entre el palmar mayor y los flexores. Si la luxación del semilunar es muy acentuada, conviene extirpar este hueso, extirpando á la vez, si es preciso, los fragmentos del escafoides y piramidal fracturados. Después se colocan en su sitio los demás huesos, y por último, se recurre á la movilización, gracias á la cual la articulación carpometacarpiana recobra sus funciones.

El Dr. Kirmisson : No he observado casos de este género, pero lo que he leído y las radiografías que he visto prueban que el nombre de luxación del semilunar es inexacto. El que se disloca es, en efecto, el hueso grande.

El Dr. Segond : El problema de estas luxaciones es muy complejo. A la escuela de Lyon corresponde el mérito de haber demostrado que estas luxaciones se complican con fracturas y de habernos dado una idea más exacta de la gravedad de estas lesiones. Esta gravedad es debida de una parte á la coexistencia de la luxación y de la fractura, y de otra al empleo precoz del amasamiento, practicado sin reducir la luxación. El mecanismo de estas luxaciones no se ha dilucidado aún, á pesar del gran número de trabajos referentes á ellas, entre los cuales merece citarse la obra reciente de Destot; en lo que se refiere á las fracturas y á la dislocación de los huesos luxados, es difícil afirmar nada por ahora. He observado dos casos. En uno había luxación del escofoides y del semilunar, que estaba retenido por su ligamento. Practiqué la resección y el enfermo curó perfectamente. En el segundo caso se trataba de una lesión idéntica, pero el enfermo se había opuesto hasta entonces á toda intervención. A los síntomas indicados por el Dr. Delbet, añadiré la supresión absoluta de los movimientos de la mano. Cuanto al tratamiento diré que toda tentativa de reducción es inútil; hay necesidad de recurrir á la ablación.

El Dr. Nélaton : He tenido ocasión de ver un caso de luxación del semilunar y del escafoides producida al girar la manivela de un automóvil. La radiografía demostró que no había fractura del radio, pero sí del piramidal; la lesión era, por consiguiente, compleja. En este caso la resección parece indicada, pero hay que preguntarse siempre si se conseguirá que la articulación recobre sus funciones. Es el problema que planteé á propósito

de un enfermo, cuyo accidente podía originar un litigio. Le traté por la espectación y el amasamiento, continuado durante varios meses, y hoy ha recobrado en parte las funciones de su mano, aunque los movimientos de flexión y de extensión son incompletos, pero ha podido dedicarse de nuevo á su profesión.

El Dr. Segond: Este resultado es excepcional y no concuerda con lo que se observa de ordinario, así que creo preferible intervenir.

El Dr. Delbet: Aunque estas luxaciones de los huesos del carpo son muy complejas, me ha parecido útil demostrar que casi nunca se trata de dislocación del semilunar, sino del hueso grande, el cual arrastra consigo todos los huesos inmediatos ó parte de ellos. Desde el punto de vista del tratamiento los resultados sin intervención son de ordinario deficientes: impotencia del miembro, dolores y trastornos tróficos. Creo, por lo tanto, que la operación está perfectamente indicada.

Nuevo procedimiento de restauración de la mama. — El Dr. Nélaton: El Dr. Ombredane nos ha presentado una enferma á la que restauró una mama de la manera siguiente: extirpó primero la mama y después prolongó la incisión hasta la axila, incindió el pectoral mayor, desinsertó el pectoral menor y de este modo pudo limpiar bien el hueco axilar; prolongó después la incisión en el extremo opuesto hasta la línea media y cortó un colgajo que suturó al labio superior. Al reunir estos colgajos queda un punto saliente que simula el mamelón. — F. Toledo.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 2 de Mayo de 1906.

Tuberculosis pulmonar en conejillos de Indias. — El Dr. *Orth* presenta las preparaciones de cuatro conejillos de Indias que han sido infectados por L. Rabinowitsch con bacilos tuberculosos humanos, y que en la autopsia presentaron exactamente el cuadro de la tisis pulmonar humana, ó sea formación de tubérculos, caseificación y cavernas. En cambio, el cuadro ordinario de tuberculosis experimental es la forma miliar. Pero ahora hay que considerar como probado que existe una tuberculosis pulmonar experimental y que ésta puede ser producida con la inyección exclusiva de bacilos tuberculosos, sin que intervenga para nada una infección mixta. La infección se efectuó exclusivamente por vía subcutánea ó intravenosa y, por lo tanto, los pulmones han enfermado siempre por la vía sanguínea. Como cada uno de los conejillos tenía su jaula, se evitó de este modo que su hubiesen podido contagiar recíprocamente. De los cuatro animalitos que fallecieron tísicos, tres sucumbieron después de un plazo bastante largo (hasta ciento cincuenta días), pero uno pereció al día cincuenta y tres; también de los que murieron de tuberculosis miliar hubo algunos que resistieron por mucho tiempo. Nos enseñan estos hechos que no es exacto que las lesiones tuberculosas hayan de ser por necesidad consecuencia de un padecimiento de muy larga duración y que sólo se observen en estos casos.

La explicación de por qué precisamente en estos cuatro conejillos se había desarrollado una forma de tuberculosis pulmonar, que no se suele observar, hay que buscarla en particularidades individuales de los animalitos respectivos, y en este concepto merece especial mención la circunstancia de que todos cuatro habían sido tratados previamente con tuberculosis de animales de sangre fría. No es posible, por lo tanto, desechar de plano la hipótesis de que este tratamiento previo pudo haber preparado el terreno para el desarrollo de la tuberculosis pulmonar.

Las inyecciones de parafina y sus consecuencias. — El Dr. *Eckstein* dice que después de los casos que ha presentado en sesiones anteriores ha tenido otros muchos en que ha empleado también las inyecciones de parafina. Hoy como antes se vale de la parafina dura con un punto de fusión de unos 50°. Con esto se excluye la aparición de embolias grasientas y la posibilidad de que se enquiste el material y de que ejerza una presión perturbadora; por otra parte, son también mucho mejores los resultados plásticos que se obtienen. La parafina no es reabsorbida, ó por lo menos no lo es en el plazo necesario, desde el punto de vista práctico, á no ser que sobrevenga la contingencia excepcional de que en vez de depositarse en grumos coherentes lo haga esparciéndose en agujitas y partículas muy pequeñas. En estos últimos tiempos ha hecho el autor implantaciones de parafina, en las que se ha excluído todo accidente imprevisto.

Seguidamente presenta el autor un gran número de fotografías y de pacientes como prueba de la exactitud de sus afirmaciones.

El Dr. *Silberstein* recuerda un caso de amaurosis consecutiva á una inyección de parafina, y cree que semejante contingencia no puede evitarse con seguridad ni aun en el caso de que se emplee parafina dura.

El Dr. *Kirschner* dice que en un gran número de casos ha hecho investigaciones histológicas y que siempre ha comprobado las mismas particularidades, á saber: la existencia de tejido de granulación que envuelve á los terroncitos y agujas de parafina y que se encarga de su absorción.

El Dr. *Joseph* manifiesta que por lo que ha observado personalmente no conviene ser demasiado optimista respecto á las inyecciones de parafina, y opina que no deben emplearse más que en aquellos casos en que la deformidad del rostro sea ya de por sí tan considerable que no haya que temer que se pueda hacer más pronunciada.

El Dr. *M. David* refiere haber observado en experimentos realizados por él con el objeto de rellenar cavidades óseas con parafina, que ésta acaba por ser absorbida, lo mismo la dura que la blanda, aunque con la primera se efectúa la absorción más lentamente.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).— R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

El reflejo plantar y el fenómeno de Babinski en los primeros años de la vida.—El Dr. Engstler ha estudiado el reflejo plantar en 1.000 niños de uno á tres años. De estas investigaciones ha resultado que en el recién nacido, y sobre todo en el niño nacido prematuramente, el reflejo plantar se manifiesta casi siempre bajo la forma de flexión dorsal; en cambio, desde la edad de tres años dicho reflejo se presenta, por lo general, como flexión plantar. Al terminar el primer año son tantos próximamente los casos del primer tipo como los del segundo; en este período, y especialmente en el segundo año de la vida, se observa bastante á menudo la falta de reflejo.

En realidad, el fenómeno de Babinski no alcanza la significación de signo patológico hasta pasados los dos años. En los raquíticos se observa un retraso en el cambio de la flexión dorsal fisiológica por la flexión plantar también fisiológica.—(*Wiener Klin. Wochenschrift*).—R. del Valle.

Cloruro de calcio contra los exantemas producidos por las inyecciones de suero.—Sobre este asunto ha leído un importante trabajo el Dr. A. Nelter en una de las últimas sesiones de la *Sociedad de Biología de París*. Administra 1 gramo de este medicamento en las veinticuatro horas, el día de la inyección y los dos días siguientes. La disolución de cloruro de calcio no es repugnante, y además puede añadírsele, para enmascarar el sabor, jarabe de menta. El cloruro de calcio puede sustituirse por otras sales, de preferencia por el lactato, que es muy soluble. Ha empleado este medicamento en 252 casos, observando sólo erupciones en 6, es decir, el 2'38 por 100. De los 264 que lo tomaron con irregularidad ó no lo tomaron, tuvieron erupciones post seroterápicas 41, ó sea el 15'53 por 100. Emplea este tratamiento en vista de los felices resultados obtenidos por el Dr. A. E. Wright con el cloruro de calcio contra las urticarias de todo género, y en particular, contra las consecutivas á las inyecciones de suero. El calcio obra indudablemente en estos casos por su acción antitóxica, demostrada por Lœb y sus discípulos.—(*Le Progrès Medical*).—F. Toledo.

Acción del ácido fórmico en las enfermedades temblorosas.—El Dr. E. Clément refiere que en vista de que el ácido fórmico aumenta el tono muscular, lo prescribió bajo la forma de disolución comercial y en dosis de 4 gramos diarios á dos ancianos que desde hace diez y dieciocho años respectivamente venían padeciendo de temblor intencional de las manos muy exagerado y acompañado de abolición del reflejo rotuliano. Con dicha medicación el temblor no desapareció por completo, pero disminuyó rápidamente y de un modo muy notable.

(*Compt. rendu de l'Acad. des sciences*).—R. del Valle.

REVISTA

DE

MEDICINA Y CIRUGÍA PRÁCTICAS

LAS NEUROSIS SINTOMÁTICAS

ESTUDIO CLÍNICO DE LOS NEUROSISMOS DE CAUSA ORGÁNICA

POR EL DOCTOR

D. JOSÉ SALAS Y VACA

Médico, por oposición, de la Beneficencia general.

(Conclusión).

En la mayoría de los procesos agudos y crónicos del pulmón, los síntomas neurósicos descubren por sí solos la causa orgánica que los sostiene, y sólo en el caso de una evolución lenta, de una cronicidad tenaz, cual ocurre en la tuberculosis ulcerosa, es cuando tienen importancia grande estos neurosismos, que son á veces los primeros gritos por los que se denuncian lesiones ocultas por la torpidez de su desarrollo y desenvolvimiento de sus signos físicos.

La herencia que predispone á la tuberculosis crea circunstancias abonadas para que el sistema nervioso muestre esa debilidad irritable del neurasténico y ese desequilibrio funcional con que responden los fenómenos de histerismo tan frecuentes en casos, que sin grandes síntomas de lesión pulmonar, el cuadro de sus molestias se refiere más á esos neurosismos por los que juzgamos falsamente á estos enfermos. Todos recordamos en nuestra práctica de pacientes y hasta familias enteras en quienes se ven alternar los clásicos histerismos, las neurosis coréicas, que les dan un sello familiar típico, y el tiempo descubre, por la fatal evolución de estos procesos, la naturaleza fímica de una tos nerviosa, el grito prodrómico de una afonía intermitente ó la base causal de un ataque nervioso recidivante.

Descartada la localización fímica de los centros nerviosos, las manifestaciones con que contribuye este gran aparato al conjunto

sintomático de la tuberculosis crónica del pulmón, se refieren á trastornos sensitivomotores de origen tóxico que, manifestándose por síntomas de hiperestesia ó déficit funcionales, reproducen las formas de neuralgias rebeldes, ya intercostales ó ciáticas, que recuerdan el tipo funcional de estos síntomas, ya en forma de accidentes parestésicos, que por su distribución irregular y caprichosa traen la idea de los diferentes estigmas sensibles de las más frecuentes neurosis.

De predominio puramente *psíquico* son los trastornos del principio de la tuberculosis que, en forma de hiperexcitabilidad cerebral, hacen reaparecer un histerismo curado ya, accidentes de depresión mental que conducen á formas larvadas de hipocondría y melancolía (Marcé) á los que Daremberg concedía una importancia primordial desde el punto de vista de signos avanzados en individuos predispuestos por la herencia; síntomas son éstos que aun considerados de diverso modo, deben ponernos siempre en guardia si faltan las causas morales que justifiquen su aparición y persistencia.

De origen tóxico, aunque de predominio y manifestación psíquica, es la *euforia* que con tanta frecuencia alivia subjetivamente los últimos días del *tísico consumido*. Neurosismo es éste tan observado y de explicación tan dudosa, que Peter quiere ver en él un vicio redhibitorio de la inteligencia; otros quieren asemejarlo á la manía terminal, y hay hasta quien lo estima como un delirio de intoxicación carbónica. Nada más curioso y triste que los ilusorios proyectos de viajes, diversiones, dichas y placeres de un tísico con fiebre éctica, consumido por la diarrea, por la inagotable expectoración y por la reducción de su campo respiratorio: el vicio redhibitorio se explicaría si el síntoma lo presentaran sólo los afortunados que en anteriores tiempos gozaron de estos proyectos imaginarios; pero de igual modo lo vemos presentarse en el obrero de la sala de hospital, que en el opulento banquero; no cabe, por tanto, pensar que el recuerdo del pasado despierte la ilusoria imagen del porvenir. La manía terminal indicando un fin próximo reviste tales caracteres de exaltación, que reproduce á veces la enajenación mental verdadera: la intoxicación carbónica da lugar á una forma de delirio versatil, incoherente, con somnolencia y estupor, que recuerda el fin del cardíaco hiposistólico; no queda, por lo tanto, otro camino para explicar los torpes proyectos de la *euforia* sino admitir un fondo puramente moral, quizás lo único respetado en la complejidad patológica del tísico. Este enfermo se siente morir, la realidad

de la vida escapa á sus ojos, su edificio orgánico se derrumba poco á poco, hay en él un predominio de la ilusión, es el desheredado que sueña con la fortuna, es el sediento que siente á su fatigoso paso el correr de la fuente, es el agónico que en su último esfuerzo piensa en las alegrías de una vida fantástica.

Las enfermedades de la pleura y mediastino pueden en ocasiones pasar confundidas como vagos neurosismos si su carácter frustrado hace variar lo patognomónico de sus síntomas. Un dolor torácico con disnea concomitante, una frecuencia de pulso que en ocasiones se haga intermitente y paradógico, poco dicen acerca de una pleuritis si la observación termométrica y una detenida exploración no descubren síntomas más claros; en este sentido, y aun teniendo presente el valor indiscutible de estos síntomas subjetivos, jamás debemos confiar demasiado en ellos para un diagnóstico si no empleamos los medios de investigación que en buena clínica nos conduzcan á una firme investigación diagnóstica.

En los procesos mediastínos puede asaltarnos la duda desde la enfermedad de Hodgkin hasta los más grandes tumores, si como ocurre con frecuencia, no se presentan reunidos un buen número de síntomas de probabilidad para que adquieran el carácter de certeza; un dolor retro-esternal intermitente ó continuo, una afonía del mismo carácter, una disnea sin substratum anatómico conocido, la neuralgia intercostal aislada, la frecuencia ó retardo del pulso, nada dicen si se presentan relativamente aislados, y sólo en los casos en que todos estos síntomas se reunan y completen con algunos trastornos circulatorios, perderán su carácter funcional para inducir á la busca de una lesión mediastínica juzgada como neurósica hasta entonces.

MODO DE COMPORTARSE EL SISTEMA NERVIOSO EN LAS ENFERMEDADES DEL APARATO UROGENITAL

La doble misión fisiológica del aparato renal actuando de una parte como órgano filtrante en virtud del papel especial de las membranas vivas capilar y endotélica envolvente del glomérulo, y el mecanismo de secreción encomendado á los tubulis, garantizan por una parte la estabilidad de la tensión sanguínea, que como válvula de seguridad deja pasar el exceso de agua de la sangre en los conflictos de presión aumentada, y dando salida al mismo tiempo á ciertos productos solubles y difusibles que normal ó accidental-

mente se encuentran en la sangre, completándose este fisiologismo por el papel vicariante y metabólico que poseen los epitelios de los tubulis.

Las influencias nerviosas que intervienen en esta secreción están demostradas en lo que se refiere á las alternativas de presión hemática, que ya por un mecanismo psíquico ó reflejo, produzcan un crecimiento ó descenso de esta presión media, que dependiendo de influencias puramente vasculares están, según toda probabilidad, gobernadas armónicamente por el centro del cuarto ventrículo demostrado por C. Bernard.

En el mecanismo de la excreción de la orina no interviene otra influencia que el *vis à tergo* y la contracción rítmica y peristáltica que hace descender el líquido á través de los uréteres al reservorio vesical. La expulsión de la orina acumulada en la vejiga es un acto voluntario reflejo que tiene por misión darle salida á través del conducto uretral; si dentro de ciertos límites somos dueños de orinar ó no, ponemos á contribución el acto voluntario; si esta micción se cumple, á pesar de nuestro deseo, resulta un acto reflejo.

La vejiga recibe su inervación de los últimos pares sacros procedentes del simpático y médula, sin que hasta ahora esté demostrada la diferenciación en su reparto entre el cuerpo y cuello del órgano: el centro reflejo de la micción se encuentra en la médula lumbar, y las fibras centrípetas y de respuesta siguen el trayecto del pié del pedúnculo cerebral, continuándose por los cordones posteriores y parte posterior de los laterales hasta el centro reflejo de la micción. El recuerdo de este mecanismo funcional es de grandísima importancia para explicar hechos patológicos, que si en muchas circunstancias obedecen y dependen de lesiones conocidas, en otros casos son producto de una neurosis más ó menos compleja, cual ocurre con frecuencia á la enuresis nocturna que con tanta persistencia observamos en clínica.

∴

Las alteraciones que en el aparato urinario se nos presentan al principio de su evolución como vagos neurosismos de dudosa interpretación, se ofrecen en las lesiones renales incipientes en forma de criestesia, calambres y dedo muerto, que han de presentarse acompañados de otros síntomas más claros para fijar la causa renal probable; ó bien, cuando ignorados estos pequeños accidentes, la presentación brusca é inesperada de otros síntomas nerviosos traen

consigo el alarmante cuadro de la *uremia*, que á veces parece sorprende en la más completa salud.

Un dolor violento en la región renal que se presente en forma de accesos en un enfermo con estigmas neurósicos é insuficientemente explorado, puede despertar la idea de una *neuralgia renal* sin lesión anatómica; pero un detenido reconocimiento nos pone de manifiesto á veces la detención de un pequeño cálculo en el ureter, una hidronefrosis aguda como causa del dolor, que cede al restablecerse el curso de la orina, ó una crisis nefrítica premonitoria que, como síntoma avanzado, anuncia una tabes incipiente. Otro tanto hemos de decir de esa *hematuria* tantas veces calificada ligeramente de *angioneurósica* que se encuentra en muchas ocasiones ligada á trastornos vasomotores que, si bien desconocidos en su íntima esencia, no ha de tardar el día en que análisis más completos de la orina ó investigaciones más minuciosas de la glándula nos pongan en camino de averiguar las pequeñas lesiones responsables.

Si al lado de las *manifestaciones nerviosas de la uremia* en evolución ó confirmada se presentara siempre el resultado positivo del análisis urológico (existencia de albúmina, disminución del coeficiente urotóxico), los síntomas parestésicos del principio, los fenómenos de excitación ó de parálisis, las alteraciones sensoriales y las pérdidas de conocimiento durante el ataque aislado y corto, serían siempre explicables en cuanto á la relación patogénica que se trata de buscar. Pero no ocurriendo así, la mayoría de las veces nos vemos expuestos á bastardear nuestro juicio al interpretar una cefalea como fenómeno de simple artritismo, las parestesias y trastornos motores como neurósicos y la pérdida de conocimiento como vértigos gástricos ó ataques epilépticos, si como con frecuencia ocurre se añade á su presencia la espuma sanguinolenta por la boca, la alteración del ritmo respiratorio y la amplitud variable de las pupilas. Ya que el análisis urológico no resuelve la cuestión en todos los casos, debemos huir del error dando el valor fundamental que tiene el carácter de la cefalea (parcial ó general, pero violenta é insoportable) á la apatía que domina las funciones psíquicas, que á veces toman el aspecto de estados angustiosos y de demencia alucinatoria que pueden tomar el curso sintomático de parálisis progresiva urémica (Bruns), á los trastornos gastro-intestinales tan frecuentes en el cuadro que describimos, y á los accidentes disnéicos que en ocasiones completan el cuadro frustrado del asma de origen renal. Sólo de este modo y ayudados buenamente por los datos del

análisis úrico, estamos libres de caer en lamentables equivocaciones al tener presentes las causas de posible confusión.

Los demás procesos que teniendo por base patológica el aparato renal posean una sintomatología neurósica, se acompañan de otros signos, por lo general neoplásicos ó inflamatorios, que excluyen por sí solos todo error al denunciar fácilmente la lesión anatómica que los sostiene y produce.

***

En la patología vesical dominan un conjunto de síndromes, que á veces son los únicos por los que se denuncian lesiones que desde el sistema nervioso repercuten sobre el reservorio urinario y que tanta influencia sobre él tienen, desde el accidente cerebral circulatorio de carácter apoplético, que produce como síntoma pasajero la expulsión involuntaria de la orina por perderse las sensaciones, ó por afectarse en los procesos medulares las vías largas que, uniendo los centros de este reservorio al cerebro, se pierde en el individuo la noción de esta necesidad, originándose por esta circunstancia una retención que más tarde termina por incontinencia (incontinencia paradógica); síntoma parecido se presenta cuando al estar destruído el centro medular ó sus fibras inferiores, se convierte la vejiga en un saco inerte, dejando escapar la orina cuando se haya sometido á cierta presión en su reservorio.

Al lado de estos accidentes debidos á una lesión del sistema nervioso, se presentan con igual ó parecidos aspectos un conjunto de estados funcionales que, por no ser de momento conocidas sus causas, calificamos cómodamente de *neurosis vesicales*. Desde el punto de vista causal, hemos de estar prevenidos ante la frecuencia con que se diagnostica un *cisto-espasmo* neurósico en individuos que más tarde presentan el conjunto sintomático de un proceso epiteliar ó de una cistitis tuberculosa. En los niños y mujeres, donde con frecuencia observamos la hiperestesia, la irritación vesical y la contracción angustiosa que caracteriza el espasmo, hemos de buscar cuidadosamente lesiones de la vejiga, recto y útero, que no por ser pequeñas, son acreedoras de concedérsele menos valor que á todos los estigmas de neurosis.

En las *parálisis vesicales* hemos de dirigir nuestra atención sobre la inervación estudiada y las alteraciones musculares que puedan provocarlas, y sólo en el caso de poseer un carácter transitorio y fugaz sin lesión anatómica demostrada, sostendremos nuestra terapéutica en un diagnóstico de alteración funcional hasta tanto que

nuevos hechos nos pongan á la vista lesiones al principio ocultas.

La *enuresis* nocturna, cuando se presenta en niños irritables con estigmas histéricos, puede pensarse en la neurosis primitiva de la vejiga, pero es muy frecuente que alteraciones químicas de la orina y ciertas deformidades del pene y la uretra sean causa de una enuresis curable por una acertada intervención quirúrgica.

***

Las lesiones que con más frecuencia acarrean neurosismos de sintomatología local y que otras veces originan una repercusión sobre la totalidad del sistema nervioso, dando lugar á una típica neurastenia en los individuos predispuestos, son las que radican en los *órganos genitales*. Con gran frecuencia somos consultados por individuos en los que, insignificantes lesiones visibles ó alteraciones funcionales pequeñas de sus órganos generadores, fueron suficientes á producir estados de perturbación nerviosa (1) que imposibilitándoles de toda operación mental, les deja relegados á la mayor impotencia cerebral, acompañada de un conjunto de desórdenes que caracterizan las molestas alteraciones de la *neurastenia sexual*.

El recuerdo del instinto sexual satisfecho por un onanismo perjudicial, relacionado con el miedo que produce una polución repetidamente acompañada de una impotencia transitoria, son suficientes motivos para producir un desequilibrio en individuos predispuestos que de un modo tristemente subjetivo, ven un negro porvenir al que tanto se ligan influencias de amor propio sexual.

De dos maneras pueden presentarse á nuestro estudio estas alteraciones, bien sea porque una educación deficiente haga brotar una predisposición al vicio solitario, realizándose la libidine sexual en forma de onanismo hasta el punto de producir con frecuencia el orgasmo venéreo, dando margen á una aberración sexual, que si bien hay que buscarla y combatirla siempre en una educación deficiente y perjudicial, en algunas circustancias ciertas alteraciones del aparato urogenital, como el fimosis, la presencia de cálculos vesicales y algunas uretritis, son los directos responsables del vicio que tratamos de combatir. La segunda forma con que estos accidentes pueden presentarse, representa en la *neurastenia sexual* los síntomas de *impotencia* y *pérdidas seminales morbosas*, que encierran, según

(1) Tal sucede con la sifilidrofobia, que consiste en el estado mental que se produce en ciertos individuos por insignificantes lesiones locales del *pene*, de carácter específico.

Freud, los factores más importantes que, como representación causal más inmediata, intervienen en toda afección neurótica.

Al hablar de la *impotencia* estudiando sus causas orgánicas, hemos de referirnos á la imposibilidad ó dificultad para el coito relacionadas con las alteraciones en la erección del pene, pues la impotencia generandi, ligada á la esterilidad, poco influye en la determinación de los síntomas neurósicos, y con menos frecuencia se mezcla á sus manifestaciones.

Muy prematuro sería abandonar la clásica división de la impotencia en *orgánicas*, *nerviosas*, *paralíticas* y *psíquicas*, aunque ciertamente no se nos ofrezcan en la clínica ni totalmente separadas entre sí, ni libres de relacionarse con trastornos puramente funcionales.

Las anomalías defectuosas de los órganos genitales, tumores, hipospadias, hidroceles, elefantiasis del escroto, las desviaciones durante la erección por la obliteración de un cuerpo cavernoso, las blenorragias rebeldes, etc., son causas suficientes para que en muchos casos queden explicadas impotencias que fueron juzgadas como neurósicas al no presentarse muy á nuestra vista las alteraciones orgánicas que las sostienen ; á éstas hay que cargar en cuenta las que á título de sintomáticas presentan los brighticos y los intoxicados por alcohol, morfina y diversos medicamentos anafrodisiacos.

La impotencia *nerviosa* toma también el carácter orgánico cuando una lesión encefálica, reblandecimiento, tumores, meningitis ó alteraciones medulares en foco con destrucción de las vías ó centros genitales, den como obligado síntoma las alteraciones patológicas en la erección. Las lesiones de orden neurítico pueden dar como síntoma primitivo y obligado la impotencia, que en circunstancias especiales adquiere la *forma paralítica* relacionada con cuantas alteraciones conducen á la abolición de toda excitabilidad sexual por un onanismo y libertinaje exagerado, que van menguando en los individuos predispuestos los factores de la potencia genésica hasta el punto de terminar por una flacidez absoluta con anestesia genital, que conducen á una forma de impotencia que envuelve el síndrome final de cuantos llevamos estudiados.

Las formas de impotencia descartadas de toda lesión orgánica y que sólo se manifiestan por alteraciones funcionales que dominan el cuadro de la neurastenia sexual en forma de *psiconeurosis*, son las únicas que deben calificarse de formas *psíquicas de la impoten-*

cia, tan frecuentes en los jóvenes recién casados, que sin causas debilitantes ni etiología que lo explique, no pueden realizar el primer contacto sexual porque su erección es insuficiente ó nula. Quizá, repetimos, sea la única forma en que falte el carácter orgánico con que venimos estudiando estos síntomas, y por este hecho sólo tenemos á nuestra vista, y á él debemos recurrir para explicar la impotencia psíquica, al influjo perjudicial que un miedo accidental ó una preocupación en el momento del coito pueden tener como factor perjudicial del concierto funcional necesario para el acto sexual.

Sólo teniendo en cuenta los estigmas de herencia, la debilidad orgánica de los individuos que la sufren, la intoxicación que predispone á esta forma de neurosis ó el traumatismo psíquico que hace aparecer los síntomes, saldremos del conflicto para explicar un síndrome que, mezclándose con gran tenacidad á una neurosis ligera al principio, puede hacerle tomar el incremento de una *psicosis sexual rebelde*.

Las *pérdidas seminales* adquieren el carácter patológico cuando, siendo involuntarias, se repiten con tal frecuencia, que originan síntomas de depresión orgánica manifiesta; no siendo objeto de mención morbosa las poluciones que de tarde en tarde se producen durante el sueño, que pueden considerarse como fisiológicas. Las causas que influyen sobre los primeros, y que hemos de investigar con cuidado, son, por una parte, la exagerada abstinencia en individuos nerviosos y excitables, y por otra, el estímulo sensorial que el referido onanismo produce, siquiera en algunas circunstancias sean aquéllos de orden psíquico en forma de ideas libidinosas.

Las pérdidas seminales permanentes en forma de *espermatorrea* tienen como causa lesiones anatómicas más estudiadas, con frecuencia localizadas en el tramo inferior del aparato urogenital, como ocurre con la uretritis gonorréica posterior crónica, que por su propagación al conducto eyaculador origina el ensanchamiento y relajación del mismo, y de ahí la aparición del flujo en los momentos del esfuerzo de micción ó defecación que la presencia de tumores y otras afecciones pueden producirla, como también las espermatorreas que á título de sintomáticas presentan los diabéticos, tuberculosos, epilépticos y mielíticos.

***

Los procesos uterinos formaban, según los antiguos médicos, el conjunto de causas de las que hacían depender las múltiples mani-

festaciones del histerismo, atribuyendo una importancia primordial á las supuestas dislocaciones del órgano hacia las diferentes partes del cuerpo: concepto es éste que, abandonado casi en absoluto, sirvió no hace mucho á Romberg para considerar á la histeria como una neurosis refleja cuyo punto de partida es el aparato genital enfermo.

Los frecuentes casos en los cuales el trastorno funcional no guarda relación precisa con las enfermedades uterinas y la característica de los estados histéricos, más bien constituídos por ciertas particularidades psíquicas, hace que se tenga hoy por esencia de la enfermedad la excitabilidad de la sensibilidad afectiva y la elevada sugestibilidad nerviosa que, dominando la alteración psíquica de las histéricas, hacen intervenir de un modo perjudicial en el síndrome, tanto como las lesiones orgánicas, las ideas fijas.

No obstante este predominio de causas puramente psíquicas, transmitidas unas por la herencia y agravadas otras por una educación mal dirigida, en muchas circunstancias vemos despertarse los fenómenos histéricos en enfermas del aparato genital, y en muchas ocasiones adquieren mayor predominio los síntomas en la edad de la pubertad, hasta despertarse en histerismo latente cuando se completa la actividad de las funciones generadoras previa la influencia que los procesos sexuales prestan á la patogenia del histerismo, creándose una indiscutible relación entre esta neurosis y la sexualidad.

La edad de la pubertad con su característica de actividad genésica, los procesos localizados en el aparato generador de la mujer, y la retrogradación de estas funciones en la menopausia, son las circunstancias que más contribuyen y sobre las que descansan las alteraciones neurósicas que la mujer sufre, cuando con las enfermedades genitales se relacionan.

Los cambios orgánicos que se determinan en la edad de la pubertad dan lugar á ciertos fenómenos que el completo desenvolvimiento genital produce al aparecer la función menstrual, al completarse el desarrollo de las mamas y formas esbeltas de la mujer, y apareciendo esa actividad sexual que de igual manera que en los caracteres anatómicos se originan marcados cambios, en los psicológicos se presentan los característicos de la *nubilidad*, exteriorizados por cambios de carácter, animación de la fisonomía y aparición de un sentimiento de pudor nacido de la necesidad de guardar lo que no debe perderse.

Al lado de estas alteraciones tan explicables como manifiestas se producen otras relacionadas con esta época crítica de la mujer, más crítica quizás que la misma menopausia y que se relaciona con las mutaciones nutritivas, reveladas por el aumento en los cambios respiratorios con disminución en el consumo de albúmina y aumento en las oxidaciones azoadas, que demuestran un acrecentamiento de las funciones vitales, principalmente de la función oxidante.

Rara vez la aparición de las primeras reglas se presenta de un modo inadvertido en la mujer, siendo lo más frecuente que al lado de una leucorrea prodrómica aparezcan ciertos neurosismos caracterizados por ráfagas de calor al rostro, laxitud general, vértigos, palpitaciones, opresión respiratoria, pulso fuerte y rápido, acompañado de *jaquecas uterinas* (Labadie Lagrave). Las tendencias irascibles en mujeres caprichosas se acrecientan en esta época, dando lugar á ciertos accesos de neurastenia é histerismo puramente sintomáticos; en otras vemos aparecer los primeros ataques epilépticos y manifestaciones coréicas, y en algunos casos, por producirse una detención en el desarrollo intelectual, aparece una manía delirante ó un estupor melancólico que, favorecida por la herencia ó la fatiga cerebral, da lugar á un síndrome de locura puerperal, descrita por Delasiauve y Ball, que Rullier y Virey contaban entre los frecuentes accidentes de la pubertad; síntomas son éstos que por desaparecer ó modificarse al restablecerse normalmente la función genital de la mujer, demuestran su relación causal de dependencia y origen.

De igual manera que las afecciones primitivas del sistema nervioso, cardiovascular, digestivo y hematopoyético repercuten sobre la integridad genital dando los síntomas que en este aparato caracterizan las *falsas uterinas*, del mismo modo, efecto de las intrincadas anastomosis de los plexos nerviosos ováricos con el solar, se producen una multitud de reflejos que en unas circunstancias dan lugar á actos puramente fisiológicos, como el flujo menstrual subordinado á la distensión del folículo de Græfe (Lancereaux) y en otras son causas de síntomas neurósicos relacionados con las enfermedades del aparato generador.

Entre los accidentes funcionales uterinos, la *amenorrea* relacionada con alteraciones de desarrollo del útero cuando son congénitas, y subordinadas á la sobreinvolución, atrofia, tumores é infla-

maciones cuando adquiridas; la misma *menorragia* de origen diatésico ó local con su consecuencia anémica, y hasta la *dismenorrea* con sus dolorosos síntomas, son capaces de exagerar ó hacer aparecer un neurosismo rebelde en ocasiones si no conseguimos encontrar la relación patogénica que lo sostiene para imponer un severo tratamiento causal.

Las desviaciones patológicas del útero, congénitas con un desarrollo imperfecto, como sucede á la anteflexión, adquiridas por una patología inflamatoria que domina toda la patogenia de la mayor parte de las dislocaciones uterinas, producen al lado de los síntomas menstruales dolorosos, un conjunto de accidentes nerviosos en los que se incluyen la *dispareunia* (dolor al contacto sexual), la dispepsia refleja, cefalea, la debilidad y cansancio de las extremidades, producida más por este mecanismo que por un estiramiento de los nervios pélvicos, dado que faltan las razones anatómicas que autorizan esta idea; y hasta las mismas crisis nerviosas, cuyas relaciones con la hipertrofia y movilidad uterina lo demuestra el hecho del alivio que se opera en estas enfermas con la aplicación de un pesario.

Los prolapsos uterinos, ya sean completos ó parciales, determinados por una fijación insuficiente de los ligamentos del órgano, unidos á enérgicas presiones intra-abdominales, se prestan al conjunto de neurosismos que acompañan á todos los desplazamientos viscerales, y que en la clínica ginecológica tienen su expresión más clara en la neuralgia lumbo-abdominal rebelde, en la fatiga de las extremidades inferiores y en los obligados reflejos gástricos y respiratorios, que ceden al modificar favorablemente el desplazamiento uterino.

Los procesos inflamatorios endo-uterinos reservan las mayores sorpresas en cuanto á los síntomas neurósicos, por los que con tanta frecuencia se revelan. Un dolor en la región renal que se agrava con la marcha y ejercicio activos, debe despertar la idea de una afección de la mucosa del órgano, aunque el síntoma dolor se acompañe de otros estigmas sensoriales y de ataques histéricos que en todo caso serían coetáneos y originados por la misma causa. El cansancio, tan frecuente en estas enfermas; la tos refleja, que adquiere el sobrenombre de uterina; los trastornos gástricos, á los que se atribuye falsamente la cefalea; el abatimiento de ánimo, que conduce á la melancolía, son muchas veces signos precursores de una metritis que hemos de buscar con cuidado por ser el sostén de esta

sintomatología neurósica de orden reflejo. Tanto hemos de cargar en cuenta á la hipertrofia del cuello uterino, que como síndrome terminal de estos procesos sostiene y agrava los mencionados síntomas.

En la patología *ovárica* hemos de caminar con gran cuidado para no tomar por causa de un histerismo confirmado la hiperestesia ovárica, tan frecuente en estas enfermas; pero la mayor parte de las ovaritis, tumores, periovaritis y hernias del órgano, dan un cortejo sintomático de dolores con las más complejas irradiaciones, que se aumentan con la defecación y el coito, y que se siguen de grandes fenómenos reflejos con irritabilidad general manifiesta. La estrechez, oclusión é inflamaciones de las trompas dan signos parecidos á los anteriores, que pueden pasar como primitivos y esenciales si no investigamos cuidadosamente su dependencia de origen orgánico.

Entre los tumores uterinos, los fibromiomas, ya sean superficiales, submucosos ó intersticiales, se acompañan casi constantemente de estas alteraciones nerviosas relacionadas con su localización y volumen. En el carcinoma del útero la intervención del sistema nervioso se hace sentir más que relacionada con los atributos físicos del tumor, por la repercusión tóxica que sobre los elementos nerviosos tienen los síntomas de caquexia cancerosa, y las destrucciones nerviosas que la propagación á los nervios origina los períodos dolorosos del mal.

Las estrecheces y obliteraciones del conducto cervical ofrecen una sintomatología tan compleja de neurosis funcional, que en no pocos casos una dilatación bien practicada fué suficiente para acabar con un histerismo rebelde tratado como funcional hasta entonces.

La *menopausia*, edad crítica de la mujer que como complemento de su ciclo genital denota la regresión fisiológica de este aparato, sustituyéndose sus actividades funcionales por el reposo orgánico que origina la pérdida de esta energía, trae consigo una multitud de síntomas que, teniendo su cuna en desconocidas influencias de los órganos generadores, se exteriorizan por esa pléyade de molestias subjetivas, de tan dudosa interpretación á veces, y que por hacer su aparición en los más distantes órganos, hay que buscar su cuna en el lazo nervioso de complejas anastomosis que los une, y donde radica el principal asiento de los fenómenos viscerales de la menopausia.

La investigación experimental induce á la idea de considerar al ovario como órgano de función compleja, estimándosele como glándula de doble misión y atribuyendo á su secreción interna un papel regulador y tónico del sistema nervioso, razón por la que al perderse este cometido fisiológico del órgano en la menopausia, se presente de una parte esa hipertrófia compensadora de glándulas como el tiroides, al lado de ese cúmulo de pesadillas, insomnios, lipotimias, alucinaciones, vértigos y palpitaciones cardíacas que recuerdan la complejidad sintomática de las neurosis post operatorias. El círculo de estos fenómenos se completa por la aparición de los deseos genésicos mitigados hace tiempo, y que atormentando en extremo á las mujeres serias y honradas, les producen una serie de confusiones acerca de las cuales jamás consultan por no confesarlas.

El sistema nervioso es el primero que se afecta por esta causa; el terreno neuropático es el que toma la parte más importante en los fenómenos, que en algunas circunstancias hacen reaparecer una neurastenia curada ya ó exagerar un histerismo latente y tolerable hasta entonces. En el primer caso, las palpitaciones, pulsaciones arteriales, hormigueos, fenómenos congestivos, que las mujeres califican de bochornos ó sofocos molestos por su persistencia, forman un conjunto de síntomas, por los que se diagnostica una neurastenia rebelde á todo tratamiento, si no esperamos el curso natural de la extinción de la causa que los sostiene. El histerismo menopáusico se presenta sin estrépitos, desprovisto de ataques y caracterizado por una serie de rarezas y pretensiones extrañas, que hacen de la mujer una vieja insoportable y descompuesta, en la que el retorno de sus deseos genésicos puede llegar á determinar el engañoso cuadro de la preñez nerviosa.

Las molestias que origina la persistencia de estos accidentes, determina en ciertas mujeres la imposición de grandes esfuerzos voluntarios que, llevándolos á las exageradas prácticas religiosas, traspasan los prudentes límites para caer en la exaltación, en el delirio religioso ó en la locura mística, que á veces es sólo un puente de paso para caer en las más complejas psícosis hipocondríacas y melancólicas.

Los accidentes fluxionarios de orden reflejo que toman asiento en el sistema nervioso, se manifiestan en forma de fenómenos apopléticos, que de funcionales y pasajeros pueden llegar á la rotura vascular; las paraplegias con su doloroso cortejo y las alteraciones sensoriales de ceguera funcional, sordera transitoria y vértigo laberín-

tico, muchas veces ligado á hemorragia de la caja del tímpano. Los que dan síntomas en otros órganos se revelan en el aparato respiratorio por fluxiones nasales, con sus vértigos, pesadillas y jaquecas; fenómenos de pseudo-asma, que se caracterizan por anhelo constante que termina en una crisis disnéica; laringitis y bronquitis, donde no falta desde el estertor sibilante hasta el subcrepitante fino de congestión pneumónica.

Con sobrada frecuencia recurren las mujeres en esta época á los gastropatólogos en demanda de remedio para una dispepsia nueva ó agravada por esta relación patológica uterogástrica, y que, manifestándose por hiperclorhídria, insuficiencia gástrica ó anaclorhídria, no requieren otro tratamiento que el sintomático, hasta tanto terminen los fenómenos genitales. Con estas formas de gastricismo se enlazan las fluxiones hepáticas, constituyendo el *estado bilioso* de la menopausia, estudiado por Beunett y Aran.

Los síntomas cardiovasculares de la menopausia pueden, al presentarse de un modo primitivo, dar lugar á serias confusiones. Según Huchard, las mujeres en esta época pueden ofrecer desde la taquicardia funcional con palpitaciones y síncopes debidos á la hipertensión, hasta las lesiones valvulares endocardíacas ó arteriales que, desarrolladas antes ó en esta época, sufren una agravación que conduce en ciertos casos á la insuficiencia crónica del miocardio; tanto más de temer si á todo esto se une la sobrecarga adiposa de la mujer en esta fase de su vida. La adulteración hemática de la menopausia explica, según Huchard, la alteración vascular necesaria á la producción de estos fenómenos, sin olvidar el importante papel del sistema nervioso como portador de un pernicioso reflejo de origen uterino. Las circunstancias de edad, vida genital de la mujer y la manera de agruparse estos síntomas en cada caso, buscando la relación con los fenómenos uterinos de que se acompañan, como leucorrea, menorragias, pseudometritis hemorrágica, neuralgias valvulares y prurito genital, darán la clave patogénica que nos conducirá seriamente á esperar con paciencia la terminación de la causa genital que los sostiene para no cansarnos y desesperar á las enfermas con la infructuosa esperanza de una ineficaz medicación.

***

Queda con esto terminado el plan que nos prupusimos al principio de este trabajo, con la indicación de los más frecuentes neurosismos cuando, ocultando una lesión orgánica ó formando su conjunto sin-

tomático, nos sorprenden en la clínica general con un cuadro morboso de difícil interpretación. Cada especialista hallará seguramente un vacío en el aparato motivo de su estudio; sirva como descargo á esta deficiencia el que jamás tuvimos la pretensión de enumerar todos los casos posibles, tan raros y complejos como individualidades morbosas ofrece la clínica. Nuestra misión quedó terminada si, al hacer una enumeración enojosa y pesada, conseguimos corregir el frecuente vicio de señalar como *defecto de la medicina* lo que única y exclusivamente constituye á veces una deficiencia de práctica personal, que nosotros somos los primeros en declarar con la resignación honrada que debe presidir toda labor profesional.

REVISTA ESPAÑOLA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE MADRID

Sesión del día 5 de Mayo de 1906.

Parálisis por saturnismo. Reeducación física.—El Dr. *Alonso Sañudo*, á propósito del caso de reeducación, de que se había ocupado el Dr. Espina en sesiones anteriores, da noticias de un enfermo que, afectado de saturnismo, presentó en un principio el síndrome de la tabes con integridad cerebral, siguiendo parálisis y síntomas que correspondían más bien á la pseudotabes que á la tabes. Refiere después un caso de histerismo en que el enfermo recobró el movimiento al cabo de uno ó dos meses, quedando como estigma la atrofia, que si bien no aumentó, tampoco disminuyó.

Manifiesta después el Dr. Alonso Sañudo, que el reumatismo poliarticular es una infección, pero que el crónico es una lesión trófica evidente.

El Dr. *Espina* trata de los procedimientos de la mecánica motriz, asegurando que resulta imposible cuando se ha destruído el órgano, siendo necesario para la reeducación que quede á lo menos recuerdo de su función. Afirma que la etiología es otro factor del tratamiento en todos los casos de tabes y parálisis, y que la terapéutica física no puede abandonarse al empirismo.

El Dr. *Iglesias* manifiesta que habiendo empleado el Dr. Espina para tratar á su enfermo, al mismo tiempo que la reeducación el yoduro de potasio á altas dosis, y estando considerado éste como agente potentísimo en el saturnismo crónico, ocurría la duda de que á este modificador, cuyo efecto es la eliminación del plomo, fuera al que en realidad debieran atribuirse los efectos terapéuticos alcanzados; que también sería conveniente que

el Dr. Espina manifestara á la Academia las razones en que se había fundado para anteponer el empleo de la reeducación á modificadores tan acreditados como la electricidad y el amasamiento, y modificadores farmacológicos que tienen por base la estricnina y que son de gran eficacia en el tratamiento de la parálisis que ocasiona el saturnismo.

El Dr. *Decref* explica las diferencias que existen entre la reeducación y la mecanoterapia, y opina que en enfermos como el presentado por el doctor Espina, no debe emplearse un sólo medio terapeútico, sino asociar todos aquellos que estuvieran indicados.

El Dr. *Espina* dice que había asociado á la reeducación el yoduro potásico como eliminador, sin olvidar la posibilidad de la intoxicación al poner en movimiento, por medio de tal modificador, la cantidad de plomo que pudiera haber amortizada en los tejidos; que la electricidad le había sido ya aplicada al enfermo antes de llegar á su sala, y que por lo tanto, no tenía objeto aplicarle otra corriente más, y que lo mismo podía decirse del masaje y del descanso, puesto que como al principio había manifestado antes de llegar á él, el enfermo había pasado por varios hospitales y tratamientos.

El Dr. *Iglesias* se felicita de haber dado lugar á las explicaciones del Dr. Espina, puesto que de ellas se deduce que está de acuerdo con él en cuanto á que el yoduro es un tratamiento de la mayor eficacia en las parálisis saturninas y que, por lo tanto, en los beneficiosos resultados obtenidos en el enfermo de que se venía tratando, debe atribuirse mucha parte al yoduro.

ACADEMIA MEDICO-QUIRÚRGICA ESPAÑOLA

Sesión del día 30 de Abril de 1906.

Caso notable de estenosis pilórica.—El Dr. *González Campo* dice que si notable era este caso cuando anunció su exposición, lo es ahora más por circunstancias especiales en que se ocupará.

Es corriente que la estenosis pilórica ó la graduada insuficiencia mecánica del estómago se sospeche por los datos que el paciente suministra: vómitos alimenticios abundantes al principio una ó dos veces por semana, expulsando en ellos alimentos ingeridos en días anteriores, luego se hacen más frecuentes á las tres ó cuatro horas de casi todas las comidas, para volver á ser tardíos en épocas más avanzadas en las que el estómago se vacía sólo como ciertas vejigas urinarias, por rebosamiento. De distinto modo se presentaron los fenómenos en el enfermo cuya historia va á hacer, hasta el punto de que en él no pudo presumir la retención gástrica hasta que dió salida por la sonda á un almuerzo de prueba.

D. J. Ll., de veintiocho años, de Olivenza (Badajoz), cercano pariente de nuestro compañero el Dr. D. L., se presentó en su consulta particular el 21 de marzo último, diciendo que hace nueve meses se le presentaron vómitos alimenticios, escasos, al tiempo de ingerir ciertos feculentos; tuvo alivio poco duradero, exacerbándose después, vomitando ahora, durante

casi todas las comidas, pequeñas porciones de substancias acuosas y espumosas, quedándole pirosis y sensación de peso gástrico, así como alguna acedia de vez en cuando; de tarde en tarde es acometido de eructos en serie no muy prolongada. Tiene buen apetito y habitualmente está estreñido; su lengua aparece saburrosa y el pulso es débil.

Nada anormal se aprecia por exploración del abdomen, como no sea una ligera tensión epigástrica, hallándose el sujeto en mediano estado de nutrición, que dice era bastante mejor ha pocos meses. El estómago cuando le insufló, parecía de dimensiones normales.

Tomado por el paciente el almuerzo de prueba de Ewald-Boas, salió una hora después gran cantidad de pulpa quimosa por fuera de la sonda, y por dentro de ella unos 90 cent. cúb. de materias semisólidas, de color amarillo obscuro sucio, de olor fétido y butírico, con moco y abundantes fibras de carne, sin ClH y con láctico. El enfermo dijo que la carne procedía á lo menos, de veinte horas antes, pues en la cena de la noche precedente no la había ingerido; al día siguiente le hizo un lavado cuidadoso del estómago, saliendo con las primeras porciones de agua abundantes resíduos alimenticios del día anterior. Tres horas más tarde tomó otro almuerzo de prueba de Ewald-Boas, extrayendo á la hora 170 cent. cúb. de líquido de color y olor normales, de 1.017° Baumé de densidad, que filtraba con regular rapidez, no dejando sobre el filtro excesivas partículas de pan, ácido al tornasol y neutro al rojo del Congo, sin que los reactivos descubran ClH libre ni combinado, de 25 por 100 de acidez total medida con la solución de sosa y la fenolftaleina, siendo inapreciable el ácido acético, no existiendo amidulina ni eritrodestrina, apreciándose acrodestrina, maltosa, glucosa y albúmina coagulable por el calor, y no determinándose la presencia de sintonina, propeptona ni peptona. Tratábase, pues, químicamente de una aclorhidria, pero esto no era lo que más importaba en el caso, sino que lo que la retención en ayunas revelaba era la existencia de una estenosis pilórica de naturaleza indeterminada, aunque los datos del quimismo y la falta de antecedentes gastropáticos en el enfermo pudieran hacer sospechar su naturaleza cancerosa. Aconsejó al enfermo el tratamiento quirúrgico, único capaz de hacer desaparecer aquella estenosis que, siendo acentuada, no podía modificarse con recursos médicos.

Por los datos señalados puede verse que en este individuo existía retención gástrica, sin ninguno de los signos que corrientemente la revelan; en efecto, fuera de la tensión epigástrica, muy ligera para darle un gran valor, ni el estómago parecía dilatado en el concepto anatómico, ni se apreciaba gorgoteo en su fondo, ni eran visibles las ondulaciones peristálticas, ni presentaba los vómitos que son comunes á tales enfermos. Sólo se diagnosticó la retención cuando la evidenció la sonda. De aquí se deduce la gran importancia del cateterismo en ayunas, que en casos análogos está por encima del quimismo, pues sea éste el que fuera, la indicación la da la comprobación de la insuficiencia mecánica.

El otro punto por el que considera el caso como interesante, es el siguiente: recomendó al enfermo que consultara á un cirujano, y si éste no veía clara la indicación quirúrgica, acudiese también á otro gastropatólogo; lo hizo así; el cirujano no creyó que debía intervenir, según cree y sabe de

referencia, por no apreciar tumor pilórico, y el otro especialista á quien consultó le dijo que se trataba de una gastritis mucosa exclusivamente. ¿Es que la tal gastritis determina retención alimenticia en el órgano? Seguramente no; le dieron al enfermo el diagnóstico que creyeron acertado en cuanto al quimismo, pero no vieron la estenosis, que era una cosa distinta, y la que hacía variar enteramente pronóstico y terapéutica. El no dar importancia á la existencia de restos alimenticios abundantes en el estómago después de doce ó catorce horas de una comida normal, no debe hacerse por un especialista, el cual debe saber que tal cosa sólo acontece en las estenosis pilóricas ó subpilóricas, intrínsecas ó extrínsecas, pero que no sucede en la atonía, en la cual el estómago tarda en vaciarse, pero se vacía por completo. Precisamente este dato ha servido al exponente en distintas ocasiones para hacer operar á sus enfermos, y recientemente á una muchacha en la que no empleó otro medio diagnóstico que la introducción de la sonda en ayunas, recogió bastante cantidad de detritus alimenticio y por solo este dato la recomendó la operación que, aceptada sin vacilaciones, practicó hace pocos días D. Juan Bravo con muy buen resultado, al que contribuyó el buen estado de nutrición y de energías de una enferma nada agotada por vanos empeños farmacológicos.

El Dr. Yagüe: En la exposición del caso referido hay dos cuestiones diferentes: una la de diagnóstico; otra la de conducta, y ambas parecen muy posible de ser precisadas.

En cuanto á diagnóstico, demostrada la retención alimenticia graduada catorce horas después de una comida ordinaria, se puede afirmar que hay insuficiencia motriz de tercer grado; en este caso la había y cabe poder afirmarlo. Estas insuficiencias son secundarias á estenosis extrínsecas, las menos veces, é intrínsecas, las más, que se oponen al libre curso alimenticio.

Los datos de quimismo gástrico pueden servir para determinar la benignidad ó malignidad de ésta, y los aquí hallados hablan más en favor de malignidad que de benignidad.

No siempre es fácil decidir esto, y recuerda el caso de un hombre joven con tumoración epigástrica bien perceptible, desnutrición rápida y progresiva, é hiperclorhidria acentuada, calificado de carcinomatoso, y en quien los antecedentes específicos le hicieron sospechar un sifiloma, confirmándolo el feliz resultado del tratamiento.

Claro que los datos de quimismo exigen una valoración que los aquilate, pues hay circunstancias que pueden hacerlos variar; así en las estenosis antiguas los productos de la fermentación de los alimentos retenidos provoca inflamaciones repetidas de la mucosa con destrucción de sus elementos secretorios, con lo que pasan de hiper á hipoclorhídricas, tal es el caso de otro enfermo por él observado, que estenósico antiguo con gran hiperclorhidria ha venido á ser hiperclorhídrico ligero, aunque con gran hiperacidez.

Respecto al análisis de recogido gástrico, estima preferible hacerlo valorando la acidez clorhídrica y la total, empleando el reactivo de Linossier (reducción del método de Töffer) que permite hacer en un solo líquido las dos valoraciones.

La segunda cuestión es la de la conducta y en ella no caben vacilaciones, puesto que si el enfermo es un estenósico debe ser intervenido, ya que no hay otro tratamiento curativo que el quirúrgico; sólo los casos de dilatación idiopática sin estenosis son tributarios de la terapéutica médica, pero éstos hay que confesar que son excepcionales y de síntomas mucho menos graduados.

El Dr. *G. Campo* celebra que el Dr. Yagüe esté de acuerdo con él en punto de tanta importancia para el diagnóstico y la terapéutica de los gastropáticos. En estos casos el quimismo nada dice con respecto á la existencia de la estenosis, aunque puede decir mucho acerca de su causa; si el quimismo es hiperclorhídrico se pensará racionalmente en que la estenosis, si es intrínseca, es benigna, consecutiva á úlcera; si no hipoclorhídrico ó aclorhídrico, como era en este caso, puede pensarse en la neoplasia, aunque también quepa en lo posible su naturaleza benigna, por cuanto los productos de retención pueden determinar el agotamiento y la degeneración de las glándulas. Su enfermo llevaba poco tiempo de mal para esto último, y esta misma evolución hacía temer el desarrollo de un proceso neoplásico á favor del cual hablaba la aclorhidria absoluta y la presencia de ácido láctico. Insiste en cuánto importa aquilatar la importancia de la retención en ayunas, porque muchas veces los médicos no diferencian esto de la atonía, como lo prueba un caso que de su práctica expone brevemente.

No son ciertamente muy numerosos los casos que de quimismo muy elevado se observan; pero recuerda uno, reconocido hace bastantes años, en el que oscilaba entre 7 ú 8 por 1.000.

Sí, es poco rápida la marcha del proceso para que se trate de un canceroso, pues en los jóvenes evoluciona muy deprisa, como en uno que expuso á la Academia hace cuatro ó cinco años, y en el que concluyó con la vida en siete ú ocho meses; así como es raro que éste conserve el apetito, pero por esto mismo no afirmó la naturaleza de la estenosis, no pasando de una sospecha; de todas suertes, este enfermo, si ha de curarse, sólo podrá lograrlo con el auxilio de la cirugía.

No necesitó en su enfermo emplear el procedimiento de Línossier, que mide á un tiempo la acidez total y la debida al clorhídrico libre, porque, como expuso, no existía el último.

De las incisiones transversas en las laparotomías ginecológicas.—El Dr. Becerro: Hace poco tiempo, relativamente, han sido puestos en moda por Mackenrodt, Pfannenstiel, König, Küstner, etc., las incisiones transversas en las laparotomías ginecológicas, y para poder formar un juicio personal acerca de sus ventajas é inconvenientes, han sido practicadas treinta y tantas veces en la Clínica de mi maestro el Dr. Recassens.

Estas incisiones pueden ser transversales totales y cruciales; en las primeras se seccionan á través todos los planos parietales del abdomen, y en las segundas se principia con la sección transversa de unos planos y la vertical de otros.

Las transversa totales, calurosamente defendidas por Mackenrodt, y con las que el labio de incisión superior peritoneal puede suturarse después de despegado convenientemente á la mitad posterior del revestimiento seroso del estrecho superior de la pelvis, representan un procedimiento engorroso,

de molesta ejecución, y que por lo fácilmente que se desune la sutura, pierde la única ventaja que pretendo poseer al aislar la cavidad visceral abdominal de la pélvica operatoria. En nuestra Clínica ha sido practicada varias veces, y en realidad no con resultados satisfactorios.

Las cruciales, de sección transversa cutaneo-aponeurótica y vertical en la línea blanca intermuscular y del peritoneo, son más prácticas, aun cuando, ni mucho menos, son lo que pretenden Pfannenstiel, Asch (de Breslau), Pankow (de Jena), Kraus (de Viena), etc.

Anatómica y técnicamente no ofrece grandes dificultades la disección de los colgajos cutaneo aponeuróticos, y la hemorragia que puede producirse es insignificante, pudiendo cohibirse con gran facilidad. Una vez disecados estos colgajos y sujetos tirantes, mediante puntos de sutura, se constituye un espacio romboidal en cuya bisectriz vertical se secciona la línea blanca intermuscular y el peritoneo; de este modo tenemos abierto el vientre con un campo operatorio dado por una incisión longitudinal improlongable por la disposición de los colgajos cutáneos. Esto es un serio inconveniente de la incisión crucial para durante la operación, puesto que impide toda amplificación del campo operatorio.

Si es necesaria la colocación del desagüe abdominal, también resulta inconveniente la clase de incisiones de que nos ocupamos, puesto que la reconstrucción parietal por sutura, teniendo que dejar salida á la bolsa de desagüe, es sumamente dificultosa y de poca seguridad.

En cuanto á la cicatrización de los planos en los casos que no se desaguan, hemos observado que es perfecta y regular, aun cuando algunas veces se imbrican los labios de la herida cutánea por lo difícil que resulta la sutura entrecortada de piel y aponeurosis, en la que el hilo ha de entrar cerca del borde cutáneo y profundamente en la aponeurosis, con lo que en ocasiones se fruncen los labios de incisión al apretar el punto de sutura.

Los hematomas que, según Ries, Kraus, etc., suelen presentarse con alguna frecuencia, lo hemos observado solamente una vez; el hematoma fué pequeño, absorbiéndose pronto y no dejando el menor rastro.

Principalmente, estas incisiones transversas han sido preconizadas como preventivas para la formación de eventraciones post operatorias, y aun cuando sobre este punto nada personal podemos decir, dado el poco tiempo que hace que en la clínica de mi maestro hemos practicado las incisiones éstas, creemos que no hay gran fundamento para que prevengan tal accidente lejano de la operación, puesto que la razón del modo de seccionar los nervios no es cierta, y la superposición cruzada de cicatrices tampoco es garantía, ya que, una vez vencida la resistencia de la cicatriz profunda, la superficial no pasa de ser una pieza profunda de apósito natural, que pronto se haría inservible por hallarse en condiciones idénticas á las cicatrices de las incisiones longitudinales totales.

Por los resultados ortomórficos, hemos de decir que en realidad son positivos, queda la cicatriz más disimulada que si fuera vertical, tanto más si el vientre es algo péndulo y tiene arrugas transversales. Tanto en las incisiones practicadas por nuestro maestro como en las hechas por el Dr. Parache y por mí, hay casos en los que la cicatriz lineal queda tan disimulada que apenas se percibe en el sombreado de la convexidad abdominal.

En realidad, del resultado que se obtenga como preventivas de hernias, depende el que se siga practicando ó no tales incisiones, que por lo demás no las conceptuamos ventajosas á las longitudinales, estando contraindicadas en casos de tumoraciones voluminosas y en los que se presuma la necesidad del desagüe abdominal.

El Dr. *Alonso* dice que es muy diferente el caso, según se haga la incisión transversal en hipogastrio ó en regiones más superiores, pues la dirección de los nervios hacia abajo y adentro en estos sitios hace que sean seccionados con la incisión transversal. Además, cree que no da tanto campo como la longitudinal, y por otra parte, es bueno tener en cuenta la hemorragia muscular y que en estos casos las infecciones, si ocurren, son más graves; además, teme la eventración con estas incisiones; lo referente á la estética no tiene importancia para él.

El Dr. *Parache*: Las incisiones transversales tienen la ventaja de que en casos como uno del Dr. Recasens, de útero carcinomatoso é infectado, se aisla la cavidad intestinal hacia arriba, de la cavidad genital, suturando el peritoneo de la pared anterior con el posterior del saco de Douglas. Esto ya es una gran ventaja. El número de eventraciones no es mayor que con las incisiones longitudinales, pues él desconfía de las estadísticas sobre este particular. Otra ventaja á la cual Parache da mucha importancia es que la cicatriz se oculta con los pliegues del abdomen. En suma, aunque no tiene práctica suficiente, se muestra partidario de estas incisiones.

El Dr. *Soriano* felicita al Dr. Becerro, pero no es partidario de las incisiones transversales, entre otras cosas, por la eventración, que cree ha de ser frecuente y un obstáculo para el desagüe Mickulicz.

El Dr. *Villa* hace un estudio muy detallado de la distribución vascular y nerviosa para deducir que las incisiones longitudinales deben usarse en regla general y muy especialmente las transversales.

El Dr. *Becerro* dice que el estudio hecho por él se refiere á las incisiones bajas para operaciones ginecológicas; las hemorragias musculares no son temibles, y las eventraciones no son más frecuentes que con los otros métodos.

PERIÓDICOS

Peligros de la antipirina. — En el *Boletín del Colegio de Médicos*, de la provincia de Tarragona, publica D. Angel Gich Rojals el caso clínico relativo á una joven de dieciocho años, de buena salud habitual, bien menstruada, regular constitución y sin antecedentes patológicos dignos de mención, ocupada en la tría de mineral en el lavadero mecánico de estas minas, enfermó de gripe con los síntomas habituales; escalofríos, quebrantamiento general, fiebre alta, es decir, un estado gripal usual y no muy intenso; para lo cual le prescribió el reposo en cama, bebidas teiformes alcoholizadas ligeramente, dieta líquida de leche y caldos y unos cachets, conteniendo cada uno 25 centígramos de sulfato de quinina y 50 centígramos de antipi-

rina, para que tomara dos al día, uno por la mañana y otro por la tarde. Transcurrieron dos días sin la menor novedad, evolucionando la gripe normalmente; al tercer día, viendo que había atontamiento y zumbido de oídos, que atribuyó al uso de la sal quínica, suspendió dicha sal y le mandó dar sólo 50 centígramos de antipirina, que tomó á las cuatro de la tarde, de manera que en los tres días había tomado en junto tres gramos de antipirina. A los pocos momentos de acabar de tomar el papel, y de repente, le sobreviene una angustia y malestar violentísimos, náuseas, sensación de quemaduras en el estómago y sequedad y tumefacción en los labios, sudores fríos, ruído de oídos y tendencia á la lipotimia. La encontró con la cara cianótica y vultuosa, facies completamente indiferente, sin responder á las preguntas que la dirigía, pulso filiformé y casi imperceptible, respiración sumamente superficial, enfriamiento de las extremidades, sudor frío y viscoso..... en fin, fenómenos todos de un intenso colapso cardíaco. Empezó poniéndole inyecciones hipodérmicas de éter sulfúrico, que tenía á mano, sinapismos en las extremidades, cucharadas de café con coñac al interior, á pesar de que deglutía con dificultad, mientras se preparaba una solución de cafeína á 0'25 gramos por uno de agua destilada. Poco á poco reaccionó volviendo el calor, pero el tono del centro circulatorio aún no se levantaba á pesar de los excitantes, durando este estado de alarma y peligro más de hora y media, desapareciendo poco á poco y á beneficio de tres inyecciones de cafeína, levantándose el tono del corazón y siendo las respiraciones amplias y profundas hasta que vino un sueño reparador, que afortunadamente dió fin á una inesperada complicación que era alarmante de veras.

Ahora bien, dice el Dr. Gich Rojals, lo que salta á primera vista es buscar la solución á esta pregunta: ¿es suficiente esta dosis de antipirina, y á ella sólo deberemos atribuir la producción de fenómenos tan intensos de intoxicación en el caso que á vuela pluma se acaba de relatar?

Para dar solución á este intrincado problema biológico y explicarnos cumplidamente la producción de trastorno de tal naturaleza, creo que debe atenderse y admitir la intervención de varios factores: el estado gripal en primer término, una cierta hipersusceptibilidad orgánica para ello, y la falta de secreción renal. Sabido es que el bacilo de Pfeiffer determina ciertos estados hiposistólicos por la manifiesta tendencia que tiene á atacar el miocardio, dando lugar á miocarditis agudas, y en general á producir estados hiposténicos *in totum* del organismo, y buena prueba es de ello la pronunciada astenia post gripal que se observa como interminable secuela del estado infectivo; de ese estado hiposténico general participará, como es consiguiente, el filtro renal, y expresión de ello es esta escasa, reducida y sedimentosa cantidad de orina, que siempre observamos en los estados gripales, lo cual será obstáculo evidente para la eliminación del medicamento, que acumulándose en el organismo y aumentando por virtud propia la acción deprimente que ya existe por el modo de obrar de la infección sobre el centro cardíaco, tratándose de individuos extremadamente sensibles á la acción medicamentosa, no necesitaremos grande esfuerzo intelectual para darnos cumplida explicación respecto al modo de producirse estos estados de colapso cardíaco tan alarmantes, y que en un momento dado pueden poner en grave riesgo la vida del enfermo. Creo que no puede prescindir

se de admitir la intervención de estos factores en la producción de fenómenos tóxicos á estas pequeñas dosis, pues de otra manera no encuentro explicación plausible, tratándose de un medicamento que aun á altas dosis, que tanto se prodigan, y que en las farmacias dan al público sin receta para tomar como analgésico al más pequeño dolor.—SARABIA.

REVISTA EXTRANJERA

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

ACADEMIA DE MEDICINA DE PARÍS

Sesión del día 29 de Mayo de 1906.

Tiflocolitis mucomembranosas operadas erróneamente por apendicitis. — El Dr. DIEULAFOY: Es grandísimo el número de sujetos que no padeciendo más que una tiflocolitis mucomembranosa, son inmediatamente operados por una apendicitis que no tienen, número que de día en día va en aumento. He recogido trece observaciones de este género y el error de diagnóstico parece calcado el uno sobre el otro. Se trata de individuos que han tenido crisis más ó menos numerosas de enterocolitis mucomembranosa, que están ordinariamente estreñidos y que de vez en cuando tienen evacuaciones dolorosas con mucosidades algunas veces sanguinolentas; los dolores se localizan tan pronto en el ciego y colon ascendente, como en el colon transverso ó en el descendente; en ciertas crisis el dolor cecal predomina; la tiflitis es más marcada que la colitis y entonces es cuando se comete el error de diagnóstico. A fuerza de oir y de repetir que la apendicitis es la consecuencia frecuente de las enterocolitis, se hace un diagnóstico de tendencia, se desconoce la tiflitis, haciendo abstracción de los otros elementos de diagnóstico que no son la localización del dolor y se hace abrir el vientre de los enfermos por una apendicitis que no existe. En el acto operatorio no se encuentran ni indicios de peritonitis, ni adherencias y el apéndice está absolutamente sano; en muchos casos el examen histológico ha demostrado que los cortes del apéndice podían considerarse como tipo de apéndice normal. Por lo demás, la operación no modifica ninguna de las crisis dolorosas y la enterocolitis mucomembranosa persiste con todos sus caracteres. Sin embargo, merced al microscopio, se habla entonces de una nueva variedad de apendicitis, la apendicitis histológica, que viene á poner en salvo el diagnóstico y la situación.

Los principales hallazgos histológicos que se califican de apendicitis son trabéculas fibrosas, hipertrofia de los folículos cerrados, punteado hemorrágico y foliculitis hemorrágica, hallazgos histológicos que no tienen en absoluto la significación que se les quiere dar. La foliculitis no tiene razón de ser y debe olvidarse, lo propio que las sufusiones sanguíneas y la folicu-

litis hemorrágica; por lo tanto, la apendicitis histológica no existe. Además, la resección del apéndice no modifica la enterocolitis mucomembranosa, pues casi todos los enfermos de mis observaciones han continuado teniendo las mismas crisis dolorosas y expulsando las mismas masas de moco y de membranas. Tales errores no se cometerían si en lugar de un diagnóstico de tendencia, se tuviera cuidado en no sentar el diagnóstico de apendicitis, sino en presencia del conjunto sintomático de esta terrible afección. Continúo siendo partidario absolutamente convencido de la intervención quirúrgica inmediata en el tratamiento de la apendicitis, pero es muy otra cosa operar, en caliente ó en frío, una apendicitis que no existe.

Mezclas tituladas de aire y de cloroformo. — El Dr. Gréhant: Aplicando en los animales el procedimiento de las mezclas tituladas de vapor de cloroformo y de aire, de Paul Bert, me he servido primero de mezclas que contenían 10 gramos de cloroformo en 100 litros de aire; he escogido dos perros, uno débil y enfermo, y otro sano y vigoroso. El primero ha sido anestesiado, sin ninguna agitación por la mezcla al 10 por 100, pero su temperatura descendió varios grados; 100 cent. cúb. de su sangre no contenían más que 21 milígramos de cloroformo, dosificado por el procedimiento del Dr. Nicloux. El segundo perro sometido á la acción de la misma mezcla ha presentado una agitación muy viva y para calmarla ha sido necesario emplear una mezcla más saturada, de 15 gramos por 100 litros, que produjo una anestesia completa con calma absoluta. La temperatura rectal ha continuado invariable á 39° C.; en 100 cent. cúb. de su sangre se encontraron 52 milígramos de cloroformo. De estos experimentos se desprende que el cirujano puede emplear, para la anestesia, dosis de cloroformo que deben variar según se trate de personas de fuerte ó de débil constitución.

La higiene del campo de batalla en los japoneses. — El Dr. Laveran: Según el Dr. Matignon, que ha seguido la campaña de la Manchuria, durante la guerra rusojaponesa, la incineración de los cadáveres ha sido la regla en el ejército japonés. Sólo eran quemados los cuerpos de los japoneses; por respeto á la religión ortodoxa los nipones enterraban los cadáveres rusos. Esta costumbre de quemar los muertos ha prestado grandes servicios á los japoneses; sabido es cuánto es de temer la infección del campo de batalla después de las inhumaciones precipitadas, y esta infección ha podido evitarse en la Manchuria á pesar del gran número de muertos. La cremación también se emplea para los muertos en los hospitales; la verdad es que representa una práctica corriente en el Japón. La incineración de los cadáveres, dice el Dr. Matignon, es un método excelente para impedir la infección de los campos de batalla, y debiera acudirse desde luego á ella en lugar de emplearla algunas semanas después de las inhumaciones, como se hizo en Sedán. — Codina Castellví.

SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE PARÍS

Sesión del día 23 de Mayo de 1906.

Heridas pulmonares por arma de fuego.—El Dr. *Loison* refirió los dos casos siguientes:

Un oficial se disparó á boca de jarro en la región precordial un tiro con un revólver de reglamento. Hemorragia externa abundante, signos de hemorragia interna, colapso grandísimo. El enfermo no fué trasladado al hospital hasta seis horas después del accidente. Conservaba todo su conocimiento, el pulso era débil, tenía 140 pulsaciones, y la respiración era penosa y acelerada. El orificio de entrada se hallaba situado á igual distancia del pezón que del borde esternal izquierdo; el de salida se encontraba en el séptimo espacio intercostal detrás de la línea axilar posterior izquierda, á seis ó siete centímetros más abajo que el de entrada.

Temiendo que hubieran sido interesados el pericardio y quizá la superficie del ventrículo izquierdo, procedió el Dr. Loison á formar una ventana torácica que comprendía la parte anterior de las costillas izquierdas cuarta y quinta. Observó que el pericardio estaba intacto y no contenía líquido; pero el fondo de saco de la pleura contenía sangre en abundancia, y al reconocer el pulmón descubrió un desgarro de seis á siete centímetros, que comprendía todo el espesor del borde antero-inferior del lóbulo superior. Le suturó con catgut á punto por encima, limpió la pleura é invirtió la ventana costal, después de colocar en la cavidad pleurítica un grueso tubo de desagüe. La cura no se aplicó hasta que se hizo en esta cavidad el vacío por medio de un trócar del aparato de Potain, introducido en la parte posterior del noveno espacio intercostal. El estado del herido mejoró por el pronto, pero los accidentes respiratorios, disnea y cianosis, se reprodujeron. Al día siguiente el Dr. Loison necesitó punzar de nuevo la cavidad pleurítica, extrayendo 200 cent. cúb. de serosidad sanguinolenta mezclada con algo de aire. El enfermo murió aquel mismo día. No pudo hacerse la autopsia.

Este caso entraña, según el Dr. Loison, tres problemas:

1.° ¿Era preciso intervenir en este herido? Los casos de herida del pulmón por arma de fuego, sometidos á la intervención quirúrgica directa, después de la toracotomía, son hasta ahora poco numerosos para sacar de su estudio conclusiones precisas; no obstante, los cirujanos son cada vez más partidarios de la intervención en estos casos. El Dr. Loison confiesa que se hubiera abstenido si le hubiera inducido á operar la idea de que existía una herida del pericardio y de la superficie del corazón.

2.° ¿Fué perjudicial la intervención? No, porque en las horas que la siguieron se observó una gran mejoría.

3.° ¿Cuál fué la causa de la muerte? A falta de autopsia, el Dr. Loison cree que quizá pueda invocarse una acción refleja procedente de la pleura y del pulmón, irritados, y que provocó un colapso cardíaco.

El segundo caso se refiere á un soldado joven, cuyo tórax fué aplastado entre la rueda de un cañón y el suelo. El herido no perdió el conocimiento

y fué enviado en seguida al hospital, donde se observó la existencia de un neumotórax total izquierdo, acompañado de disnea y de cianosis; el corazón estaba muy desviado á la derecha y el hígado bastante deprimido. Ni tos, ni hemoptisis, ni signo alguno de fractura de las costillas y de enfisema subcutáneo. Tratamiento espectante por espacio de diez días; pasado este tiempo, como no se notaba signo de regresión del neumotórax, el doctor Loison se decidió á practicar en la línea axilar media del sexto espacio intercostal derecho una punción para extraer el aire, empleando con este fin el trócar del aparato de Potain. Al concluir de operar observó que el corazón había recobrado su sitio, igual que el hígado. Cuatro días después, todos los síntomas respiratorios habían desaparecido por completo.

En este caso la ruptura subcutánea del pulmón fué indudablemente poco extensa, porque no hubo el menor derrame sanguíneo en la cavidad de la pleura. En cambio el neumotórax fué grandísimo, y quizá pueda atribuirse á él la hemostasia pulmonar. Se trataba probablemente de un neumotórax de válvula, de origen traumático, análogo al que describen los médicos. En estos casos la herida pulmonar se cierra de ordinario con rapidez y el aire derramado en la cavidad de la pleura se absorbe en pocos días.

El Dr. *Picqué* preguntó al Dr. Loison cuál era el estado de retracción pulmonar en su primer enfermo. En un caso de hemoneumotórax el pulmón no estaba retraído; á cada inspiración se ponía en contacto con las costillas y hasta formaba hernia entre los labios de la herida á la expiración.

El Dr. *Loison* contestó que el pulmón de su enfermo se hallaba aplastado á medias á causa sin duda de la congestión de este órgano, producida por el traumatismo.

Perforación intestinal con adenopatía supurada mesentérica durante la fiebre tifoidea.—El Dr. *Toussaint* refirió el caso de un enfermo joven al que tuvo necesidad de operar por perforación intestinal que sobrevino en el décimo día de una fiebre tifoidea. Los signos primeros de la perforación databan ya de veinticuatro horas, y al practicarse la intervención existía ya peritonitis generalizada. El peritoneo contenía unos dos litros de líquido sucio, tan conocido, mezcla de materias fecales y de copos de fibrina. En el íleon, á 15 centímetros más abajo de su terminación, existía un orificio que fué cerrado por medio de una sutura en bolsa, completada con cuatro puntos de Lembert. El Dr. Toussaint descubrió entonces dos ganglios mesentéricos del volumen de una nuez gorda, los dos fluctuantes, pero de cubierta bastante resistente para no temer la ulceración inmediata. Hizo una contraabertura en la fosa ilíaca izquierda, desaguó ambos lados y lavó el peritoneo con la disolución fisiológica. El enfermo murió dos días después. Al hacer la autopsia se vió que la sutura intestinal se hallaba en buen estado. La incisión de los ganglios dió salida á un pus fluído blanco cremoso.

Hace pocos días ha tenido ocasión de observar otro caso análogo al practicar la autopsia de un tífico laparatomizado por perforación intestinal: encontró también, en el centro de una poliadenitis del mesenterio, un ganglio reblandecido y supurado.

Esta supuración de los ganglios mesentéricos, asociada ó no á la perforación del intestino en los tifoideos, es rara, pero puede tener consecuencias

gravísimas; se han publicado casos, algunos mortales, de peritonitis causada por la ruptura de estos ganglios mesentéricos supurados. El conocimiento de estos hechos obliga, después de practicar una laparotomía por perforación tífica del intestino, á reconocer el intestino, mientras se le tiene en la mano, el rosario ganglionar de su meso, y según la indicación, á punzarle ó enuclearle; esta poliadenitis, si es supurada, jamás debe abandonarse á la naturaleza.

Tuberculosis cuboidometatarsiana. — El Dr. *Delbet* presentó un enfermo al que ha practicado esta operación, y que es un notable ejemplo de los resultados obtenidos por dicho método en el tratamiento de las tuberculosis del pié, método que emplea desde hace unos diez años. En este enfermo, después de abrir las dos articulaciones cuboidometatarsianas, de separar el cuarto metatarsiano, de invertir el tercero y de volver los dos últimos, pudo sin dificultad disecar la parte mayor del cuboides, raspar la cabeza de estos dos metatarsianos, y después, al quedar así al descubierto los tejidos de la planta del pié, disecar con el bisturí todas las fungosidades que les cubrían. Las consecuencias operatorias fueron benignas; la herida cicatrizó por primera intención, y este individuo anda hoy perfectamente sin la menor cojera.—(*La Presse Médicale*).—F. Toledo.

XV CONGRESO INTERNACIONAL DE MEDICINA

Celebrado en Lisboa del 19 al 26 de Abril de 1906.

(Continuación).

Arritmias. — El Dr. A. Muñoz Ruiz de Pasanis: La arritmia es la falta de compás ó medida en la sucesión de los latidos cardíacos y el conocimiento de su mecanismo íntimo ó patogenia se explica teniendo en cuenta la distribución de sus fibras musculares y manera de funcionar.

La fibra muscular cardíaca se contrae siempre rítmicamente, siendo, por tanto, el ritmo una condición inherente á su esencia.

El estímulo que solicita su funcionalismo lo constituye el sistema nervioso, y será mayor ó menor según el grado de actividad de la fibra y de las resistencias que necesite vencer.

El corazón, por ser un agregado de fibras musculares, tiene que poseer la facultad rítmica, pero la facultad rítmica no supone facultad sincrónica, porque dos órganos pueden moverse rítmicamente y no hacerlo de un modo sincrónico.

Sincronismo supone compás, y es necesario, para que dos órganos se muevan sincrónicamente, que exista entre ellos un vínculo común y alguna causa que marque el instante del movimiento.

Los ventrículos se contraen simultáneamente y las aurículas también, porque unas y otras cavidades tienen un vínculo común en sus fibras unitivas y un sistema nervioso que marca el momento de la contracción.

Los ventrículos no se contraen hasta que no han recibido los dos la cantidad de estímulo necesaria para hacer sus revoluciones sistólicas, y preci-

samente por eso es necesario que el sistema nervioso dé á cada uno de ellos la energía suficiente, dentro del mismo espacio de tiempo, para que el movimiento de ambas partes coincida desde que se inicia hasta que termina y resulte un verdadero sincronismo en sus sístoles y diástoles, pudiendo decirse lo mismo de las aurículas.

Además, los ventrículos tienen sus fibras propias y las aurículas también, y para que el movimiento rítmico de las fibras propias de los ventrículos sea sincrónico con el de sus fibras unitivas y los movimientos rítmicos de las fibras propias de las aurículas sean sincrónicos también con los de sus fibras unitivas, es preciso que el sistema nervioso dé á las fibras propias y unitivas de las cavidades similares el estímulo suficiente dentro de la misma unidad de tiempo para que latan sincrónicamente.

Si los dos ventrículos ó las dos aurículas no reciben dentro de la misma unidad de tiempo el estímulo que produce la contracción, bien porque se opere algún fenómeno de interferencia entre las corrientes nerviosas que se dirigen á alguna de esas cavidades, ó bien por la inhibición de algunas de las fibras nerviosas de un solo ventrículo ó de una sola aurícula, la arritmia sobrevendrá necesariamente.

Si el ventrículo izquierdo, por razón de una interferencia ó una inhibición de sus fibras nerviosas, recibe el estímulo después que el derecho, sucederá que tan pronto como éste tenga la cantidad de estímulo necesaria para hacer su revolución sistólica y determinar también una contracción en el izquierdo por medio de sus fibras comunes, se contraerá, pero el sístole de este ventrículo tendrá menor fuerza que la que habitualmente desarrolla, por la no intervención de sus fibras propias.

Si el sístole del ventrículo izquierdo realizado en esta forma no tiene la energía bastante para lanzar la sangre de modo que llegue á la radial, se producirá un falso paso ó falsa intermitencia, siendo la pulsación siguiente más ó menos enérgica, según que la contracción de las fibras propias de ese ventrículo se sume ó no en el sístole posterior á la contracción de las fibras unitivas.

En el primer caso habrá siempre intermitencia falsa con pulsación relacionada en fuerza con las condiciones del enfermo, pero en el segundo la pulsación será siempre débil, pudiendo resultar una falsa intermitencia también, ó un pulso intercadente ó bigémino.

Resultará falsa intermitencia si el sístole secundario que ha de tener lugar después por contracción de las fibras propias del ventrículo izquierdo no lanza la sangre con suficiente energía para hacerla llegar hasta la arteria radial, y un pulso intercadente ó bigémino en caso contrario.

Si el sístole del ventrículo izquierdo se verifica siendo arrastrado por la contracción del ventrículo derecho y de manera de que pueda llegar la sangre á la arteria radial, se producirá un pulso alternante si la contracción de las fibras propias del ventrículo izquierdo se suma en el sístole posterior á la contracción de las fibras unitivas, y un pulso intermitente ó intercadente si las fibras propias determinan un sístole secundario.

Si la falta de inervación simultánea ventricular se verifica á favor del ventrículo izquierdo, puede observarse la arritmia en la arteria pulmonar.

También es fácil que el fenómeno tenga lugar en las aurículas, aunque

con menor fuerza y quizá sin transcendencia arterial, por no tener dichas cavidades más que una faja muscular anterior de fibras comunes.

Las arritmias constituídas por este mecanismo, es decir, por falta de inervación simultánea de las cavidades similares del corazón, son las llamadas funcionales ó nerviosas.

La existencia de estas arritmias no cabe ni aun siquiera dudarlo.

Su aparición y desaparición con rápidez extraordinaria cuando es producida por una impresión moral ó una mala digestión, como sucede en algunos dispépsicos, la existencia de la arritmia en personas cuya autopsia no ha comprobado ninguna enfermedad del corazón ni de los grandes vasos ni en sus membranas de cubierta, el haber padecido algunos sujetos un ataque en los primeros años de su vida, sin que en el curso de ésta, habiendo sido muy larga, se haya repetido, el existir individuos con pulso arrítmico desde que nacen, sin haber sufrido, ni aun de viejos, perturbación cardíaca de ningún orden, y el ser á veces manifestación del histerismo, son razones que hablan en favor de las arritmias funcionales.

Las arritmias de origen orgánico no pueden tampoco negarse toda vez que, si en las fibras cardíacas reside la facultad rítmica, es natural que la perturbación de estas fibras vaya acompañada de la arritmia en muchos casos.

Si los dos ventrículos ó las dos aurículas reciben dentro de la misma unidad de tiempo igual estímulo y no responden á la vez, es decir, simultáneamente, con la contracción en virtud de las degeneraciones que sufran, se constituirá la arritmia orgánica.

Si el ventrículo izquierdo padece de una miocarditis degenerativa, estando sano el ventrículo derecho, se comprende que este último responda más pronto al estímulo motor.

Si el ventrículo derecho ha recibido el estímulo suficiente para contraerse antes de que lo haga el izquierdo y con la suficiente energía para determinar la contracción de las fibras comunes de las dos cavidades, sucederá que si la ola sanguínea nó sale con fuerza bastante para llegar á la arteria radial, habrá un falso paso cardíaco, pudiendo ser la pulsación siguiente más enérgica ó más débil, explicándose el fenómeno del mismo modo que en las arritmias nerviosas.

Si la contracción ventricular izquierda se realiza en esa forma, ó lo que es lo mismo, por medio de sus fibras unitivas solamente, y la olesda sanguínea llega á la arteria radial con poca fuerza y magnitud, resultará un pulso alternante si la contracción de sus fibras propias se suma al sístole posterior ó un pulso bigémino ó intercadente si se verifica de modo distinto.

Si el ventrículo izquierdo está en parte degenerado y en parte no, permaneciendo sano el derecho, la parte no lesionada del ventrículo izquierdo respondiendo al estímulo recibido al mismo tiempo que el derecho, se contraerá simultáneamente con éste, determinando un sístrole de regular fuerza; pero si durante el diástole subsiguiente la parte enferma del ventrículo izquierdo responde al estímulo recibido, habrá un segundo sístole más débil, y el resultado del fenómeno tendrá que ser un pulso alternante ó bigémino si la ola sanguínea llega á la arteria radial, ó una intermitencia falsa secundaria si no avanza hasta ese punto.

El fundamento de la teoría formulada descansa en el principio de que el corazón responde á la contracción cuando ha recibido el estímulo suficiente, es decir, á la ley de Ranvier, de todo ó nada y al principio de la inexcitabilidad del corazón formulada por Marey.

Las meningitis. — El Dr. R. Peters: Además de las tres formas clásicas de las meningitis, tuberculosa, purulenta y serosa, existe otra cuarta—meningitis cerebro-espinal seca ó meningitis no purulenta, con una subdivisión—meningitis esclerosa.

Las meningitis jamás quedan limitadas al encéfalo. Todas ellas son á la vez cerebro-espinalas, porque la pia madre espinal se afecta siempre. En ciertos casos las meningitis se propagan á la substancia cerebral ó á la medular. En la médula produce de preferencia una *leucomielitis*. La meningitis se propaga siempre á través de la dura madre al tejido peri-espinal (ó extradural) y determina una *paquimeningitis externa espinal*. La paquimeningitis externa puede ser serosa, tuberculosa, ó purulenta ó *seca* y *no purulenta y esclerosa*, como la meningitis. Toda meningitis espinal va acompañada de *neuritis*, que principia en el tejido intersticial de las raíces y se limita unas veces á su parte intradural, otras á la extradural. Hay siempre inflamación intersticial concomitante de los ganglios espinales.

La mayor parte de los síntomas de meningitis, contractura de los miembros, opistótonos, vientre en forma de quilla y quizá contractura de la nuca, son de procedencia espinal y no cerebral. El síntoma de *Kernig* es también espinal. La condición *sine qua non* para que las contracturas puedan producirse es la integridad de las células motrices y de las vías conductoras. Si hay en un punto cualquiera una lesión profunda del tejido nervioso, bien en las raíces ó en los centros, sobreviene no contractura, sino parálisis (radiculares también, igual que las contracturas). Los síntomas espinales no son producto de una *irritación de las raíces*, sino de un acto más complejo, cuyo papel más importante lo desempeña la irritación de los centros motores espinales.

Esta irritación es producida de dos maneras: *a*) por *vía directa*; la inflamación se propaga de la pía madre á la substancia blanca de la médula, provocando en la gris una alteración funcional que se revela por sobreactividad de sus células motrices; *b*) por *vía refleja*—no la vía refleja ordinaria (el arco corto ó el largo) —, sino por los vasomotores de la médula. Lo esencial de este último proceso, es que los vasomotores de la médula (los que inervan en particular la substancia blanca), se hallan en un estado de sobreexcitabilidad, causada por la paquimeningitis, que rodea su parte extradural. Esta sobreexcitabilidad se revela por *angioneurosis* de los vasos de la substancia blanca de la médula, que origina á su vez sobreactividad funcional de los centros motores de la substancia gris.

Según el proceso *a*—vía inflamatoria—las contracturas se producen siempre que la meningitis se localiza en la pía madre ó en la médula (localización intradural). Según el proceso *b*—vía vasomotora ó angioneurítica — las contracturas sobrevienen cuando la meningitis se localiza en la dura madre y en el tejido peri-espinal (localización extradural). La localización distinta produce síntomas diferentes, y puede ser reconocida en vida del enfermo.

Estudio fisiológico y terapéutico de las radiaciones emitidas por los cuerpos radioactivos y sus emanaciones (*Conclusiones*).— El Dr. V. Balthazard: 1.ª El radio ejerce sobre los tejidos normales y patológicos una acción análoga por completo á la de los rayos X. Las cantidades de radio de que se dispone en la actualidad constituyen fuentes de irradiaciones mucho más potentes que la ampolla de Röntgen. Las radiaciones del radio son poco penetrantes, análogas á las que emiten las ampollas más blandas.

2.ª El empleo terapéutico de la irradiación del radio debe reservarse para los casos en los que los tejidos morbosos, crancroides, nódulos lúpicos, angioma, ocupan una situación muy superficial, sobre todo cuando recaen en las cavidades del oído y de la nariz, en el aparato digestivo, regiones á las que los rayos X no pueden llegar directamente.

3.ª La emanación del radio posee propiedades citolíticas y bactericidas que debe á su irradiación; ejerce además una acción excelente sobre los fermentos del organismo. La facilidad con que se difunde le permite ejercer su acción sobre las regiones profundas del organismo, á las que no llegan los rayos del radio.

4.ª La emanación, introducida en el organismo, se localiza en las glándulas de secreción interna (Bouchard, Curie y Balthazard), sobre todo en las cápsulas suprarrenales. Se elimina por los pulmones y los anejos de la epidermis, y en pequeña proporción por los riñones. La eliminación dura cinco ó seis horas.

5.ª El peligro de las radiodermitis es nulo si se tiene la precaución de comparar con un radiocronómetro el ejemplar del radio que va á emplearse con otros ejemplares cuya acción sobre los tejidos ha sido experimentada ya, ó con los rayos X, observando las mismas reglas de aplicación que para estos últimos (cuando más cuatro unidades Holzknecht, por sesión, ni más de 10 por mes y en un mismo punto de la piel).

6.ª Las cantidades de emanación de que se dispone en la actualidad, introducidas en el organismo humano, son incapaces de ocasionar accidente alguno.

Alimentación en la primera infancia.—El Dr. J. Llorens Moltó (*Conclusiones*): 1.ª Siendo la miseria y la ignorancia las causas más eficaces de la mortalidad de los niños amamantados por su madre, es preciso combatirla por todos los medios posibles: *a*) estimulando á los Municipios para que cooperen á evitar la mortalidad infantil; *b*) estableciendo *Consultorios de niños de pecho* en todas las poblaciones, y *Gotas de leche* en los puntos donde lo permitan las circunstancias particulares. Es necesario siempre dar consejos á las madres hasta que cada casa se convierta en una escuela de maternología.

2.ª Vulgarización de los conocimientos de puericultura, publicando continuamente en los periódicos políticos artículos sobre este asunto.

3.ª Promulgación de leyes nacionales de protección á la infancia.

4.ª Constitución rápida y eficaz de la Liga internacional para la protección de la infancia.

Valor terapéutico del licor de Van Swieten en los niños de pecho hipotróficos con trastornos digestivos.—El Dr. H. de Rothschild: El licor de Van Swieten puede ser empleado con éxito en el tratamiento de la hipotrofia, cuan-

do ésta es factor de trastornos digestivos. La acción notable de este medicamento no puede ser atribuída á su valor antisifilítico, porque ninguno de los niños que hemos tratado por este método era sifilítico. La mejoría observada en los enfermos tampoco es debida á las modificaciones introducidas en la alimentación de los niños, que no varió durante el tratamiento.

Atribuímos el éxito de nuestro método á la acción alterante del licor de Van Swieten sobre las glándulas anejas del aparato digestivo y principalmente sobre el hígado, cuyas secreciones favorece.

El empleo del licor de Van Swieten está, por lo tanto, indicado en los niños hipotróficos cuyo peso disminuye ó queda estacionario á pesar de una dietética racional, que tienen deposiciones frecuentes y sin el color amarillo normal, pero mal trabadas, abundantes en grumos no digeridos y en las que el análisis químico revela la abundancia de las grasas no absorbidas. En los hipotróficos con deposiciones análogas á la almáciga, descoloridas, sin diarrea, debe emplearse el mismo tratamiento. Aconsejamos, por lo tanto, antes de administrar el licor de Van Swieten, analizar las materias fecales y la orina. Si las materias tienen los caracteres indicados anteriormente, si la proporción de urea es pequeña, puede recurrirse al mismo tratamiento.

Treinta observaciones justifican nuestra creencia; hemos visto que con esta modificación cesan los vómitos, las deposiciones se hacen más amarillas, mejor trabadas, sin grumos y menos fétidas; el meteorismo desaparece; la cantidad de grasa disminuye en los excrementos y la de urea aumenta en la orina. Finalmente, la fiebre cede, al parecer, con este tratamiento, y cuando existen abscesos múltiples de la piel curan á beneficio de la medicación. En la práctica el mejor criterio para juzgar del valor del medicamento es el aumento de peso. Algunas de nuestras observaciones son típicas en absoluto desde este punto de vista.

La dosis cotidiana que debe emplearse es débil: varía, según la edad, de 10 á 20 gotas por día. No debe prolongarse demasiado su empleo; á los quince días la actividad glandular está bastante excitada y puede continuar espontáneamente. Si después de suspender el tratamiento queda estacionario el peso del niño, conviene emplear la misma medicación otros quince días.

La helioterapia. — El Dr. E. Masip Rudesca (*Conclusiones*): 1.ª La luz solar obra como agente fisiologico, higiénico y terapéutico.

2.ª Los fenómenos termofotoquímicos producidos por los rayos solares sobre el organismo pueden explicarse científicamente, de una manera esencial, por la absorción y el reflejo secundados por la refracción, la dispersión, la difracción y la polarización.

3.ª Las vibraciones sincrónicas entre el éter transmisor y nuestro organismo producen la absorción de los rayos solares, térmicos, luminosos ó actínicos, y la falta de isosincronismo entre ambos produce el reflejo de uno y de otro. Lo mismo puede decirse en lo referente á la parte obscura del espectro solar.

4.ª La luz solar obra sobre el organismo bajo la doble acción de agentes fisicodinamógenos microbicidas, modificando las funciones celulares y destruyendo el elemento patógeno.

5.ª Los resultados obtenidos por la luz solar están en razón directa de su duración y de su intensidad.

6.ª La helioterapia produce dos fenómenos esenciales sobre nuestro organismo, uno de excitaciones y otro de depresiones, efectos con los cuales pueden ser tratadas varias enfermedades (gota, reumatismo, lupus, neoplasias malignas superficiales, escrofulismo, anemia, tuberculosis, etc.). Este agente está llamado en el porvenir á ocupar un lugar preferente en la terapéutica.

Diagnóstico y tratamiento de las vegetaciones adenoideas.—El Dr. F. Suárez de Mendoza: Sea cual fuese la edad del enfermo afectado de vegetaciones adenoideas, trátese de un niño, de un adolescente ó de un adulto, la afección abandonada á sí misma ocasiona con frecuencia trastornos graves y variados: origina la decadencia del niño; por sus complicaciones hace difícil al adulto la vida social; amarga la edad madura por las deformidades precoces é irreparables.

La presencia de vegetaciones adenoideas se revela en muchos casos, sobre todo en la infancia, por signos característicos que imprimen á la fisonomía el sello especial conocido con el nombre de «facies adenoidea», y que permite muchas veces, al primer golpe de vista, hacer el diagnóstico.

Por grande que sea el valor diagnóstico de la «facies adenoidea», el práctico no está autorizado para sacar de ella conclusiones concretas, porque fundando su diagnóstico sólo en los caracteres de la «facies» corre el riesgo de incurrir en un error. Hay, en efecto, individuos en los que la «facies adenoidea» depende de la obstrucción nasal, y en los que los tumores adenoideos no existen, y en cambio se ven á menudo personas con abundancia de vegetaciones adenoideas que no presentan la facies característica.

Los signos obtenidos por la rinoscopia anterior dan resultados poco satisfactorios desde el punto de vista del diagnóstico directo de las vegetaciones, pero sí para el pronóstico y el tratamiento ulterior.

La rinoscopia posterior constituye un método ingenioso de exploración de la nasofaringe, y permite darse cuenta *de visu* de las producciones patológicas del cavum, pero este procedimiento, muy difícil ya en los adultos y en los adolescentes, es casi imposible en los niños de poca edad, no sólo á causa de la indocilidad de los enfermos, sino también por el desarrollo insuficiente de su faringe, que no permite introducir el espejo rinoscópico.

El modo de investigación más seguro y más fácil de descubrir la presencia de las vegetaciones adenoideas, es el tacto digital de la nasofaringe, la exploración del dedo encorvado en forma de gancho. Puede decirse de este procedimiento que es el Tribunal Supremo del diagnóstico; sus sentencias son inapelables. No obstante, es un acto de humanidad y de buena cirugía no practicar el examen digital en los niños delicados ó pusilánimes, contentándose entonces con otros signos de presunción y terminar el diagnóstico con la cucharilla, diciendo al enfermito que sólo se trata de medirle la garganta.

El diagnóstico diferencial entre las diversas afecciones de la nasofaringe y las vegetaciones adenoideas no presenta en general dificultad alguna, si se tiene en cuenta *el conjunto* de los síntomas funcionales y físicos de esta

última afección, y cuando se está familiarizado con la rinoscopia anterior y posterior y la exploración digital.

El tratamiento médico es inútil y sólo debe emplearse como contemporizador, cuando obligan á ello circunstancias de fuerza mayor. Puede ser peligroso por el tiempo que hace perder inútilmente al enfermo. En cambio, asociado al tratamiento quirúrgico, es susceptible de prestar grandes servicios y favorecer la curación. La única conducta racional que el médico debe seguir cuando la cavidad nasofaríngea está llena de tumores adenoideos, es extirparlos lo antes posible por la intervención quirúrgica.

Las vegetaciones adenoideas deben extirparse á ser posible en una sesión. Las extirpaciones aisladas cansan y desmoralizan al enfermo, quien después de una ó dos sesiones rehusa hasta el simple examen por miedo al dolor.

Como la ablación de las vegetaciones adenoideas es una intervención trivial, poco dolorosa y fácil de ejecutar, la anestesia general en esta operación puede considerarse como una práctica injustificada y dolorosa. Los que piensan de distinto modo, apoyándose de buena fe en razones más ó menos fundadas, deben recordar siempre que la anestesia no es sino un envenenamiento limitado al primer período del envenenamiento general; «que la dosis mortal puede ser muy distinta de la útil, pero que muchas veces son casi idénticas; que con frecuencia el precipicio costea el camino» (Dastre), y que como decía Verneuil «cada vez que el cirujano se aproxima al enfermo con la compresa anestésica en la mano, le expone á peligros de muerte».

Respecto á la elección del procedimiento operatorio, creemos que es necesario ante todo tener en cuenta el interés del enfermo, y aunque para la mayoría de los especialistas el instrumento preferible por ahora es el cuchillo de Schmidt, y para nosotros el mejor método es el mixto (empleo simultáneo de pinzas y de cuchillos), que empleamos y aconsejamos desde hace varios años, conviene familiarizarse con los distintos métodos porque todos pueden, si uno de ellos fracasa, estar indicados en casos excepcionales.

Jamás hay *recidiva verdadera* de las vegetaciones adenoideas, ó al menos es completamente excepcional, cuando después de una operación bien practicada, la exploración digital de la nasofaringe prueba que no queda rastro de tejido adenoideo. — F. Toledo.

(*Continuará*).

REAL SOCIEDAD MEDICO-QUIRÚRGICA DE LONDRES

Sesión del día 12 de Junio de 1906.

Estenosis mitral y embarazo. — El Dr. *H. French* leyó un trabajo escrito en colaboración con el Dr. H. T. Hicks. En dicho trabajo analizó la historia obstétrica de 300 mujeres, de las cuales 20 tenían estenosis mitral complicada ó no con otras lesiones. Deduce del estudio de estos casos que relativamente son estériles pocas mujeres que padecen esta afección car-

díaca; la mayor parte de ellas dan á luz niños perfectamente desarrollados; cuando se observan trastornos cardíacos relacionados con la gestación, no suele ser en el primero, sino después de varios. El tratamiento es el mismo que el de la estenosis mitral no complicada con el embarazo, así que no debe en absoluto prohibirse el matrimonio á las mujeres que padecen esta afección. Las mujeres que la padecen no suelen llegar á una edad avanzada, permanezcan ó no solteras; pero como sobreviven veinte años con una buena compensación cardíaca, la afirmación de que el embarazo acelera la aparición de los trastornos cardíacos, no es al parecer tan exacta como afirman las obras de texto modernas.

El Dr. *Dyce Duckworth* cree que el matrimonio no es muy conveniente á estas enfermas. Las probabilidades de que se rompa la compensación en la estenosis mitral, son mayores en las mujeres de la clase proletaria.

El Dr. *G. Herman* dijo que se ha exagerado el peligro del embarazo en la estenosis mitral. Cuando hay una buena compensación, el peligro es insignificante. Hacia el séptimo mes hay más probabilidades de que se rompa la compensación.

El Dr. *Gardner* aconsejó en estos casos la extracción rápida del feto por medio del forceps, estando cloroformizada la enferma.

El Dr. *E. S. Gibbes* cree que el embarazo puede y hasta tiende á favorecer la compensación en algunos casos de estenosis mitral.

El Dr. *F. J. Poynton* dijo que en 350 casos de enfermos de menos de doce años que padecían reumatismo, 228 eran niñas, y que la frecuencia de las afecciones cardíacas es igual en ambos sexos. De los casos fatales 10 eran niñas y 15 niños. El reumatismo en el sexo femenino reviste más bien un tipo escleroso. Es probable que el reumatismo aumente de virulencia durante el embarazo y el puerperio, y adquiera así en ciertos casos la forma maligna.

El Dr. *V. Bonney* citó tres casos en los que se desarrolló una endocarditis puerperal durante un puerperio séptico — infección secundaria sobre una endocarditis antigua — y otro de una mujer embarazada que padeció también endocarditis sin infección puerperal.

El Dr. *W. S. Griffith* cree que aunque en varios casos de estenosis mitral el parto puede terminar fácilmente, sin embargo muchas enfermas mueren durante el puerperio. El peligro existe, pero se ha exagerado. En el Hospital de la Reina Carlota, de 4.171 partos ocurridos recientemente, 28 mujeres tenían lesiones cardíacas acentuadas; dos aórticas, cuyas enfermas se encuentran en buen estado; 12 estenosis mitrales, de las que murió en el hospital sólo una enferma, y 14 con insuficiencia mitral, de las que murieron dos. — (*British Med. Journal*).—TOLEDO.

SOCIEDAD DE MEDICINA DE BERLÍN

Sesión del día 9 de Mayo de 1906.

Sífilis congénita. — El Dr. *Oberwarth* presenta una muchacha de once años con sífilis congénita. El padre falleció de parálisis general. La niña fué bañada en disolución de sublimado al poco tiempo de nacer. A la edad de seis años se presentaron tumefacciones en las costillas y en la tibia; de ésta se extrajo un secuestro por medio del escoplo; pero sólo después de dos años de una cura de unciones fué cuando se curó la pierna, aunque quedando de la rodilla para abajo muy acortada y engrosada. Después sobrevinieron inflamaciones en el ojo, que dejaron en pos de sí opacidades de la córnea; la niña se volvió sorda y en el codo se desarrolló un tumor óseo que se abrió espontáneamente. La niña iba perdiendo cada vez más; el vientre aumentó de volumen, se infartaron el hígado y el bazo, y por fin hace nueve meses ingresó la criatura en la Clínica de Neumann, en un estado sumamente malo. Mientras tanto, se había producido un fractura espontánea del brazo. Con el empleo del mercurio y del yoduro potásico fué mejorando la criatura poco á poco, pero el riñón soportaba muy mal el último medicamento.

Nuevo procedimiento para esterilizar el catgut. — El Dr. *Karewski* refiere haber intentado la esterilización del catgut sin el empleo de medios antisépticos. Como no se puede recurrir con tal objeto al vapor de agua, porque éste hace hinchar el catgut, se ha valido de los vapores de alcohol. Primero se arrolla y esteriliza el catgut en tubitos de forma adecuada para el caso; después se cierran en la lámpara los tubitos y se vuelven á esterilizar. Para usarlos se quiebra la punta del tubito, se saca el hilo y se vuelve á guardar el tubito, ya partido, en alcohol.

Las comprobaciones bacteriológicas que se han hecho han dado un resultado muy satisfactorio.

El Dr. *Seligmann* ha ensayado el procedimiento, como ayudante de Proskauer, y se expresa en términos muy satisfactorios acerca de las investigaciones bacteriológicas que ha realizado en hilos de catgut. Con este motivo hace notar que, mientras el alcohol es muy poco bactericida, los vapores de dicho líquido obran muy enérgicamente en tal concepto.

El Dr. *Schäffer* pone en duda la necesidad de idear un nuevo procedimiento para obtener catgut aséptico, y cree que el propuesto por Karewski no es puramente aséptico, puesto que el alcohol es un antiséptico, aunque débil. Además, el nuevo procedimiento le parece demasiado complicado y no absolutamente seguro.

El Dr. *Israel* dice haber tenido siempre alguno que otro caso de supuración, debida sin duda alguna al catgut, cualquiera que hubiera sido el procedimiento empleado para esterilizarlo, por lo cual en estos últimos tiempos ha acabado por renunciar en absoluto al uso del catgut. Ahora bien; fuera de algunos casos muy excepcionales, también le ha ido perfectamente desde que procede de esta suerte.

(*Deutsche Medizinal Zeitung*).—R. DEL VALLE.

PERIÓDICOS

El ácido úrico y sus efectos sobre las vías génito urinarias.—El ácido úrico, dice el Dr. W. H. Porter, no existe en los alimentos ni en la sangre. Se forma en las células renales por la oxidación y reducción de la molécula protéica que ha perdido su azufre. En estado anormal otros varios tejidos protoplásmicos, en particular las células cartilaginosas de los cartílagos, y sobre todo del dedo gordo del pié, son susceptibles de producir ácido úrico en abundancia, el cual es transformado con rapidez *in situ*, en urato de sosa insoluble, sal que carece de las propiedades irritantes de dicho ácido. La curación del ataque de gota es debido á este mecanismo. El ácido úrico formado por las células renales penetra en los tubillos uriníferos, donde se pone en contacto con el fosfato neutro de sosa que pasa á ellos constantemente desde la sangre á través de los glomérulos de Malpighio. La consecuencia es la formación de urato sódico y de fosfato ácido de sosa. Esta sustitución es utilísima porque el fosfato neutro de sosa sirve para mantener la orina ácida en disolución, pero favorece la formación de cálculos fosfáticos. Es preciso, por lo tanto, que esta sal sea sustituída por otra que mantenga disueltos los fosfatos térreos y anule las propiedades irritantes del ácido úrico. Se consigue por la formación de urato sódico y de fosfato ácido de sosa.

La molécula protéica pierde su azufre en las células epiteliales del estómago, se oxida y forma ácido sulfúrico. Este ácido ataca al cloruro sódico contenido en los alimentos, formándose ácido clorhídrico y sulfato de sosa. De este modo el ácido sulfúrico es destruído á medida que se forma y sustituído por el ácido clorhídrico y el sulfato de sosa, ambos esenciales para la digestión. Una vez que el ácido clorhídrico ha convertido en sintonina los cuerpos protéicos, pasa al conducto intestinal. En este sitio produciría fenómenos exagerados de irritación si no fuera neutralizado. Los alimentos contienen una cantidad considerable de fosfato de sosa ácido. El ácido clorhídrico, al ponerse en contacto con esta sal, la convierte en alcalina (que es como existe en la sangre), y reconstituye el cloruro sódico perdido en el estómago.

Cuando el proceso del metabolismo se trastorna, el ácido úrico se produce en abundancia anormal. Esta producción exagerada puede ser debida á tres causas: 1.ª Deficiencia de oxígeno. 2.ª Ingestión de mayor cantidad de alimentos de la que puede ser oxidada debidamente. 3.ª Perturbaciones del sistema nervioso. El primer efecto de la superabundancia del ácido úrico en la economía, es la transformación hipertrófica de las células epiteliales de los riñones, que es seguida á veces de la degeneración parenquimatosa celular. Si continúa este trastorno, la hipertrofia de las célula renales es seguida de su destrucción y descamación. Aumenta entonces la actividad nutritiva del tejido conjuntivo intertubular, resultando la nefritis intersticial, aun cuando esta modificación no es un verdadero proceso inflamatorio. La orina muy ácida irrita la mucosa de la pelvis renal, e

moco es segregado en abundancia, el cual en ciertos casos constituye un terreno favorable para el desarrollo de microorganismos infecciosos y sobreviene la pielitis. Lo mismo ocurre con la mucosa de la vejiga, y el resultado es la cistitis. Persistiendo estas condiciones se forman cálculos de ácido úrico y fosfáticos, con sus consecuencias tan conocidas.

(*The New York Medical Journal*, 12 mayo 1906).—F. Toledo.

Tratamiento de la colelitiasis. — El Dr. A. Hecht opina que está indicado el extracto de nuez vómica en los casos de insuficiencia motora de la vejiga y de los conductos biliares que, dificultando la circulación de la bilis, favorecen el desarrollo ulterior de los gérmenes infecciosos que han penetrado en dichos sitios. Para pensar así, se funda en el hecho de que una peristalsis intestinal perezosa va acompañada muy á menudo de poca energía en el plano muscular de las vías biliares y en que los medios que estimulan el movimiento peristáltico también influyen en los movimientos de la vejiga biliar, favoreciendo la expulsión de la bilis. La nuez vómica es, además, un estomáquico que hace posible la ingestión de mayor cantidad de alimento, circunstancia muy apreciable en los colelitiásicos, por cuanto una alimentación abundante y mixta estimula mucho la secreción biliar, acelera la corriente de la bilis y es el mejor preventivo contra la sedimentación de este líquido y contra la formación de concreciones.

El segundo factor etiológico de la colelitiasis, ó sea la infección, se combate eficazmente con los calomelanos. Al pasar éstos á la bilis despliegan en los conductos biliares sus acciones antiséptica y antiflogística, cuya influencia favorable se propaga también á la mucosa de la vejiga biliar. Según los hechos observados por el autor, con los calomelanos la bilis se diluye muchísimo y puede fluir con más facilidad que en condiciones normales. Los calomelanos están indicados en aquellos casos en que han fracasado los demás tratamientos usuales, cuando los pacientes están muy quebrantados en su nutrición, como sucede en los ancianos y en los tuberculosos, y por último, en los casos de colelitiasis aguda, en que importa mucho combatir una afección reciente, v. gr., después de una apendicitis, de un tifus abdominal, etc.

En los intervalos libres de cólico prescribe el autor los calomelanos asociados al extracto de nuez vómica y al polvo y extracto de ruibarbo, con cuya medicación, lejos de presentarse diarrea ni cólicos intestinales, desaparecen las molestias de estómago, tales como la opresión después de comer, los eructos, la sensación de llenura y de distensión en el vientre, la astrición, la diarrea, la ictericia, la desgana y también los fenómenos asmáticos.

En los cólicos biliares, además de la morfina en inyección subcutánea, convienen los calomelanos y el extracto de nuez vómica con podofilino y extracto de belladona, cambiando estas píldoras cuando provoquen diarrea por las indicadas anteriormente.

(*Therapeutische Monatshefte*).—R. del Valle.

ÍNDICE DEL TOMO LXXI

Absceso hepático (Diagnóstico del) 280
¿Absceso mastoideo sin otitis supurada previa?..... 170
Abscesos de la mama (Tratamiento de los)..... 234
— pulmonares múltiples.. 273
Aceite de ricino y bálsamo del Perú en Cirugía..... 321
Acetanilido (Envenenamiento crónico por el)..... 116
Acido fórmico en las enfermedades temblorosas (Acción del)..... 440
— úrico y sus efectos sobre las vías genito-urinarias..... 478
Acondroplasia..... 307
Acrobatismo lingual..... 339
Adherencias pericardio mediastínicas y la cardiolisis (Las)..... 399
Afecciones oculares (Importancia del tratamiento general en las)..... 337
— — y la fisiología y patología del aparato genital de la mujer (Relaciones entre ciertas). 332
Agitación como agente purificador de las aguas (La).... 420
Agua de mar sobre el suero fisiológico (Superioridad del)..... 33
Aguas infectas (El yodo para purificar las)..... 423
— (La agitación como agente purificador de las)..... 420
— minerales de Medina del Campo (Tratamiento de las tuberculosis locales por las)..... 5
— sucias de París (Algunos datos sobre la utilización agrícola y depuración de las)..... 254
Aire comprimido (Operaciones craneales con auxilio de)..... 398
Aire y cloroformo (Mezclas tituladas de)..... 465
Alcoholismo: su influencia en la degeneración de la raza latina 375
Algodón como remedio muy activo para facilitar la expulsión de los cuerpos extraños (El)..... 11
Algodonero (Modificaciones químicas de la leche de mujer bajo la influencia del extracto de semillas de algodonero)..... 149
Alimentación excesiva en el niño..... 154
— en la primera infancia. 472
Alipina (Investigaciones sobre la)..... 34
Alumbre en el pan (Investigación del)..... 256
Amargos en la actividad secretoria de las glándulas gástricas (Influencia de los)... 399
Amígdala palatina (Tratamiento de la hemorragia quirúrgica de la)..... 174
Amigdalitis (El salicilato de hierro contra la)..... 13
Amputaciones osteoplásticas de las extremidades inferiores (Sobre las)..... 23
Anastomosis del facial y del espinal..... 36
Anestesia general en los niños..... 355
— por la escopolamina morfina..... 193, 271
Aneurisma aórtico..... 296
— arteriovenoso (Curación espontánea de un)... 71
— de la arteria axilar.... 345
— de origen traumático... 391
Antipirina (Peligros de la)... 462
Antitoxina tetánica (Resultados terapéuticos de la)..... 196
Aparato genital de la mujer (Relaciones entre ciertas afecciones oculares y la fisiología y patología del)..... 332
Apéndice vermiforme (Cáncer primitivo del)..... 34

Apendicitis (Diagnóstico de la) 53
Arma de fuego (Heridas articulares por) 317
Armas de fuego en la guerra ruso-japonesa (Fracturas por) 393
Arritmias 468
Arsénico (Envenenamiento de un niño por el) 66
— (Habituación al) 198
Artropatías supuradas en la enfermedad de Parrot 73
Autoplastia craneal según Durante-Hacker (Técnica de la) 398
Axilar (Aneurisma de la arteria) 345
Azúcar en la orina (La reacción de Ruini en la investigación del) 19
— quemado como desinfectante (El) 253
Babinski en los primeros años de la vida (El fenómeno de) 440
Bacteriuria 158
Balnearios (Profilaxis de las enfermedades contagiosas en los) 148
Bálsamo del Perú y aceite de ricino en cirugía 320
Blefaritis (Tratamiento de la) 240
Blenorragia y flemón de gonococos en un niño de diez meses 347
Bocio (Conclusiones que se deducen de un tercer millar de extirpaciones de) 397
— endémico en los valles de Chitral y de Gilgit. 153
— exoftálmico tratado por los rayos Röntgen.... 277
Botriomicosis humana.. 111, 192
Bóveda del cráneo (Fractura de la) 105
Broncoscopia (Cuerpo extraño extraído por la) 238
Bulftalmos 219
— (Un caso de) 23
Cabeza (Heridas de) 394
Cadera (La radiografía en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la luxación congénita de la) 216
— (Luxación congénita de la) 341
Cálculo del ureter derecho... 104
Calomelanos en la eclampsia (Empleo de los) 277
Campo de batalla (Primeros socorros en el) 312
Cáncer de la laringe (Curación definitiva de un) 392
— gástrico (Supervivencia en los operados de).. 353
— primitivo del apéndice vermiforme 34
— (Tratamiento del) 400
— (Valor del suero de Doyen en el) 113
Carcinoma de la mucosa de una vejiga ectópica.. 391
— rectal 310
Careta equimótica por compresión torácico-abdominal (La) 70
Carpo (Luxación de los huesos del) 388, 436
Catgut (Nuevo procedimiento para esterilizar el) 477
Cauda equina (Traumatismo de la) 426
— — (Un caso de traumatismo de la).. 425
Ceguera histérica 384
Cianosis enterógena 200
Cicatrices de la varicela 74
Ciego en los casos de estrechez intestinal (Mecanismo de la inflación del) 311
— (Inflación del) 357
Cirrosis alcohólica en un niño de seis años y medio 196
Cirugía abdominal en la guerra (La) 394
Clima y organización sanitaria de Egipto.. ..... 76, 155
Clínica ginecológica 215
Cloral (El) 399
Cloruro de calcio contra los exantemas producidos por las inyecciones de suero... 440
— — en las hemorragias (El) 120
Colecistectomía por litiasis vesical 194
Colelitiasis (Tratamiento de la) 479
Colutorio dentífrico (Un buen) 11
Conducto cístico (Perforación del) 197
Conejillos de Indias (Tuberculosis pulmonar en) 438
Congreso internacional de Medicina 348, 468
Coqueluche simple 278

Corazón (Herida del)..... 111
— (La morfina en las enfermedades del)..... 79
Corioepiteliomas y molas..... 348
Coriza por el salicilato de sosa y los polvos de Dower (Tratamiento de la).. 11
Coriza simple de los recién nacidos (Tratamiento de la)... 280
Córnea (Tratamiento de la úlcera de la)..... 338
Corriente eléctrica (Accidente producido con la)..... 37
Corte sagital practicado á una puérpera fallecida en pleno período de expulsión..... 218
Cosquilleo: acción patológica y morbosa..... 97
Cuello (Operaciones en el).... 236
— (Quistes del)..... 436
— (Tumor quístico del)... 389
Cuerpo extraño esofágico..... 436
— — esofágico (Esofagotomía interna por)..... 346
— — extraído con auxilio de la broncoscopia..... 238
— — intralaríngeo..... 159
— — introducido en el bronquio derecho. 432
Cuerpos acetónicos en las afecciones de los genitales femeninos (Secreción de)..... 198
— extraños (El algodón como remedio muy activo para facilitar la expulsión de los).... 11
Cura seca en la guerra suroeste africana (La)..... 316
Curare (Plantas indígenas y exóticas de acción semejante á la del)..... 358
Defensa sanitaria de París (La) 434
Deltoides (Parálisis del)..... 156
Dermatitis exfoliativa del recién nacido..... 36
Dermatoses vaccinales ó erupciones indirectas..... 18
Diabetes sacarina (Causas á que puede obedecer la mayor frecuencia actual de la).... 374
Diagnóstico especial de las enfermedades internas..... 52
Diccionario tecnológico médico hispano-americano..... 213
Difteria (Tratamiento de la).. 319
Disentería (Un nuevo tratamiento de la)..... 14
Eclampsia (De la decapsulación renal y de la nefrotomía en el tratamiento de las formas graves de la)..... 269
— (Empleo de los calomelanos en la)..... 277
— (Patogenia de la)..... 279
Eczema de los niños de pecho (Tratamiento del)..... 200
Educación infantil bajo el concepto medicopsicológico.... 139
Elefantiasis..... 35
— de la pierna..... 114
Embarazo (Influencia de los rayos Rœntgen en el). 390
— extrauterino..... 159
— y la lactancia (El)..... 96
Endometritis crónica por el método de Menge (Tratamiento de la)..... 342
Endoscopio..... 274
Enfermedad de Barlow..... 348
— de Basedow (Patogenia y tratamiento de la)..... 41, 81
— de Parrot (Artropatías supuradas en la)..... 73
Enfermedades contagiosas en los balnearios (Profilaxis de las)..... 148
— epidémicas y exóticas en 1904..... 190
— temblorosas (Acción del ácido fórmico contra las)..... 440
Enterocolitis infantil de forma colapsante..... 188
— — (Tratamiento de la). 356
Envenenamiento crónico por el acetanilido..... 116
— de un niño por el arsénico..... 66
Envoltura sinápica en los niños (La)..... 15
Epiplón en un saco herniario (Torsión del)..... 71
Epispadias operado..... 237
Epitelioma de la vulva..... 307
Erisipela (El salicilato de hierro contra la)..... 12
Eructación por aereofagia inconsciente..... 58
Esclerodermia..... 37
Escuelas (Higiene de las)..... 91
Esencia de trementina en las metrorragias (Empleo de la)..... 1[illegible]
Esofagotomía interna por cuerpo extraño esofágico..... 346

Esparteína (Efectos fisiológicos y empleo terapéutico de la)..... 79
Espondilosis ryzomélica (Un caso de)..... 27
Estafilorrafia (Dos casos de).. 222
Estenosis mitral y embarazo.. 475
— pilórica (Caso notable de)..... 457
Estómago bilocular..... 274
— (282 operaciones por enfermedades no cancerosas del)..... 389
Estrangulación intestinal producida por un divertículo de Meckel..... 115
Estrechez intestinal alta (Mecanismo de la inflación del ciego en los casos de)..... 311
— rectal sifilítica (Un caso de)..... 341
— uretral congénita..... 345
Estuche de tocólogo..... 27
Exantemas producidos por las inyecciones de suero (El cloruro de calcio contra los)... 440
Exostosis cartilaginosas..... 274
Farmacología (Revista de)... 9
Fibromas uterinos y operaciones que deben elegirse (Indicaciones de intervención quirúrgica en los).... 183, 205, 261
Fiebre aftosa. 98, 179, 259, 296, 377
— mediterránea (La)..... 419
— tifoidea (La suerotera-pia en la)..... 30
— — (Tratamiento de la). 280
— — y la doctrina hídrica ante los tribunales alemanes (La). 121
Fístula broncocísticobiliar.... 114
gastrocólica cancerosa.. 274
— vésicovaginal (Un caso de)..... 102
Formiato de quinina..... 9
Fosa craneana posterior (Operaciones en la)..... 397
Fosas nasales (Procedimiento sencillo de taponamiento de las)..... 268
Flemón de gonococos en un niño de diez meses..... 347
Fotografía de glóbulos sanguíneos..... 275
Fractura de la bóveda del cráneo..... 105
— del muslo..... 112
— y luxación de la segunda vértebra cervical.. 112
Fracturas por arma de fuego en la guerra rusojaponesa.. 398
Función ragiocrina..... 109
Gangrena pulmonar en un niño de tres meses..... 348
Generación y crianza..... 17
Genitales femeninos (Secreción de cuerpos acetónicos en las afecciones de los).... 198
Génito-urinarios (Etiología y desarrollo de la tuberculosis de los órganos)..... 358
Gestación abdominal..... 196
Gigantismo infantil..... ... 309
Globo ocular (Neoplasia maligna del).. 23
Glóbulos sanguíneos (Fotografía de)..... 275
Gonococia metastásica de la piel..... 418
Gonococo y pneumococo de Weichselbaum (Analogías entre el)..... 420
Gripe (Bacteriología de la)... 420
Helioterapia (La)..... 473
Hemangioma de la región temporal..... 350
Hemorragias (El cloruro de calcio en las)..... 120
Hemostasia previa en oto-rinolaringología (La)..... 385
Hemostático externo (Un nuevo)..... 40
Herida del corazón..... 111
— penetrante del vientre (Un caso de)..... 140
— por arrancamiento..... 239
Heridas articulares por arma de fuego. 317
— con las armas de fuego modernas (Aptitud para el servicio después de las)..... 315
— de cabeza..... 394
— de los vasos..... . 318
— pulmonares por arma de fuego..... 466
Hierro (Un nuevo método de administrar el)..... 40
Higiene de los niños 187
— (Revista de)... 91, 252, 417
— del campo de batalla en los japoneses (La)... 465
Hiperleucocitosis artificial como medio de aumentar la resistencia de los tejidos contra la infección (La)..... 319
— artificial en las infecciones..... 199

Hipertrofia prostática curada por medio de operación..... 357
Hipol (El)..... 16
Hipertrofia regular..... 74
Histerectomía abdominal total..... 380
— abdominal total (Técnica de la)..... 72
Huevos (Valor alimenticio de los)..... 255
Idiotismo de tipo mogólico... 271
Ileorectostomía..... 233
Incontinencia de orina (Sobre una variedad de)..... 74
Incubación (Influencia de la temperatura en la duración del período de)..... 159
Infección (La hiperleucocitosis artificial como medio de aumentar la resistencia de los tejidos contra la)..... 319
Infecciones blenorrágicas (Tratamiento seroterápico de las)..... 235
— de origen intestinal (Tratamiento de algunas)..... 20, 54
— (Hiperleucocitosis artificial en las)..... 199
Inflación del ciego..... 357
Insuficiencia y estrechez aórticas (Dos enfermos de)..... 161
— gástrica (Acción terapéutica del jugo gástrico del cerdo en la). 359
Inversión uterina..... 63, 269
Inyecciones de parafina y sus consecuencias (Las).. 439
— de suero (Cloruro de calcio contra los exantemas producidos por las)..... 440
Jugo gástrico del cerdo en la insuficiencia gástrica (Acción terapéutica del)..... 359
Lactancia y el embarazo (La). 96
Laminaria (Tallos de)..... 308
Laparotomías ginecológicas (De las incisiones transversales en las)..... 460
Laringe (Curación de un cáncer de la)..... 392
Laringología (Revista de).... 170
Latirismo (Un caso de)..... 281
Lavatorios intestinales calientes (Tratamiento de la enterocolitis infantil por los)... 356
Leche de mujer bajo la influencia del extracto de semillas del algononero (Modificaciones químicas de la)..... 149
Lentes amarillas en oftalmología (Las)..... 191
Leucoptasia..... 351
Ley de Semon aplicada por Grabower (La)..... 177
Licor de Van Swieten en los niños de pecho hipotróficos con trastornos digestivos (Valor terapéutico del).... 472
Linfangioma..... 37
Litiasis de las vías biliares (Lesiones de la vesícula en la)..... 231
— vesical (Colecistectomía por)..... 194
Luxación congénita de la cadera..... 341
— — de la cadera (La radiografía en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la).... 216
— de los huesos del carpo 388, 436
Luz ultravioleta (Fotografía de glóbulos sanguíneos con). 275
Mal de Pott (Tratamiento ortopédico del)..... 356
Mama (Nuevo procedimiento de restauración de la) 438
— (Tratamiento de los abscesos de la)..... 334
Mareo (Tratamiento del)..... 305
Maretina; un nuevo antipirético (La)..... 145
Maxilar inferior (Protesis del) 197
Medina del Campo (Tratamiento de las tuberculosis locales por las aguas minerales de)..... 5
Meningitis epidémica (Tratamiento de la).. 160
Meningitis (Las)..... 471
Método de Menge (Tratamiento de la endometritis crónica por el)..... 342
Metritis infecciosa crónica.... 195
Metrorragias (Empleo de la esencia de trementina en las)..... 12
Miopatía primitiva y deficiencia mental..... 199
Molas y corio-epiteliomas..... 348
Morfina en las enfermedades del corazón (La)..... 79
Monstruo fetal..... 435
Mucocele etmoidal (Un caso de)..... 229

Muslo (Fractura del)..... 112
Neoplasia maligna del globo ocular..... 23
Nervios periféricos (Lesiones de los)..... 394
Neumonía (Algunas consideraciones sobre el tratamiento de la)..... 120
Neurosis sintomáticas (Las). 321, 361, 401, 441
Nitrato ácido de mercurio y la quinina (Tratamiento eficaz de la pústula maligna por el)..... 145
Ocronosis..... 236
Oclusión intestinal..... 194
Oftalmología (Revista de).... 332
Operaciones craneales con auxilio de aire comprimido... 398
Orina (Algunas consideraciones sobre el resíduo sólido de la)..... 201, 241
— (El coeficiente de utilización nitrogenada en la)..... 374
— (Un caso de retención completa y aguda de) 301
— y su importancia en el estudio de las enfermedades renales (Algunas observaciones sobre el resíduo sólido de la)..... 201, 241
Otología (Revista de)..... 170
Pan (Investigación del alumbre en el)..... 256
Pancreatitis parotídica..... 240
Pansinusitis nasal (Sobre el tratamiento operatorio de la)..... 172
Papilomas laríngeos en la primera infancia (Tratamiento de los)..... 176
— — en los niños..... 180
Parafina (Inconvenientes de las inyecciones de)... 274
— (Las inyecciones de)... 439
Parálisis agitante y tiroides.. 295
— diftérica tratada por las inyecciones de suero Roux..... 272
— del deltoides curada uniendo este músculo al trapecio..... 156
— saturnina..... 196
— por saturnismo..... 456
Pelagra (Dos casos de)..... 215
Peritonitis tuberculosa..... 65
Perisigmoiditis..... 150, 232
Perisigmoiditis de origen ovárico..... 72
Perforación intestinal con adenopatía supurada mesentérica durante la fiebre tifoidea..... 467
Pescado vivo (Conservación y transporte del)..... 255
Piel (Gonococia metastásica de la)..... 418
Pierna (Elefantiasis de la)... 114
Pitiriasis liquenoide crónica.. 309
Plantas indígenas y exóticas de acción semejante á la del curare..... 358
Polvo del suelo (El cloruro de magnesio para fijar el)..... 258
Polvos de Dower (Tratamiento del coriza por los)..... 10
Priapismo de dieciseis días de duración..... 236
Prostitución (Reglamentación y no reglamentación de la). 258
Protesis del maxilar inferior.. 197
Pseudotétanos de Escherich. 355
Purificación del agua (Las vasijas de cobre y la)..... 40
Púrpura hemorrágica (Tratamiento seroterápico de la)..... 235
— hemorrágica y tuberculosis..... 354
Pústula maligna (Tratamiento eficaz de la)..... 145
Queratitis parenquimatosa post traumática..... 384
Quinina (Tratamiento de la úlcera de la córnea por la)..... 338
— (Tratamiento eficaz de la pústula maligna por el nitrato ácido de mercurio y la)..... 145
Quistes del cuello..... 436
Quiste multilocular del ovario derecho..... 266
— — bilobulado del ovario derecho (Infección sobreaguda de un)..... 300
— ovárico..... 117
— — voluminoso..... 192
— parotídeo..... 114
— radículodentario..... 228
Quistes hidatídicos pancreáticos..... 150
Radiaciones emitidas por los cuerpos radio-activos y sus emanaciones (Estudio fisiológico y terapéutico de las).. 472

Radiografía en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la luxación congénita de la cadera (La)..... 216
Rayos Rœntgen de algunas lesiones superficiales no cancerosas (Tratamiento por los). 276
— — en el embarazo (Influencia de los).. 390
— — (Tricofitia tratada con los)..... 239
— X (Sarcoma del mediastino tratado con los). 36
Reacción de Ruini en la investigación del azúcar en la orina (La)..... 19
— pancreática en la orina (Método más sencillo de obtener la)..... 76
Reflejo plantar en los primeros años de la vida (El).... 440
Resistencia globular del niño en estado normal y durante el sarampión..... 74
Reumatismo (Tratamiento de algunas formas del llamado)..... 160
— tuberculoso (Anatomía patológica del)..... 107
Revista de Farmacología..... 9
— de Higiene.... 91, 252, 417
— de Laringología..... 170
— de Oftalmología..... 332
— de Otología..... 170
— de Rinología..... 170
— de Terapéutica..... 9
Rinología (Revista de)..... 170
Saco lagrimal (Sobre la extirpación del)..... 337
Sales (Estudios farmacodinámicos sobre la acción combinada de varias)..... 391
Salicilato de hierro contra la amigdalitis y la erisipela..... 13
— de sosa (Tratamiento de la coriza por el).. 10
Sarampión (Resistencia globular del niño en estado normal y durante el)..... 74
Sarcoma del mediastino tratado con los rayos Röntgen. 36
Sarcomas en perros (Transmisión de)..... 275
Saturnismo crónico..... 296
Schiller con la Medicina (Relaciones de)..... 53
Seno ileocecal (Tumor quístico del)..... 114
Septicemia puerperal tratada con éxito por el suero antiestreptocócico del Instituto Pasteur..... 152
Sífilis en la antigüedad y en nuestros días (La).... 95
— hereditaria y herencia sifilítica..... 354
— experimental (Algunos hechos nuevos acerca de la)..... 386
— congénita..... 477
Sigmoiditis (Dos casos de).... 111
Simbiosis fuso-espirilar y sus diversas manifestaciones morbosas..... 417
Sindactilia congénita (Tratamiento de la)..... 233
Sinónimos en Patología y propedéutica..... 214
Síntomas oculares en los tumores intracraneanos..... 75
Sociedad alemana de Cirugía. 312, 393
Somnolencia permanente consecutiva á una caída sobre el occipucio..... 398
Sordomudez (Estudio anatómico é histológico de la)..... 149
Suero antiestreptocócico del Instituto Pasteur (Septicemia puerperal tratada con éxito por el). 152
— de Doyen en el cáncer (Valor del)..... 113
— de Roux (Parálisis diftérica tratada por las inyecciones de)..... 272
— fisiológico (Superioridad del agua de mar sobre el)..... 33
Sueroterapia en la fiebre tifoidea (La)..... 30, 67
Tabes por saturnismo..... 376
Taboparálisis (Un caso de).... 142
Taponamiento de las fosas nasales (Procedimiento sencillo de)..... 268
Té en infusión (Efectos del).. 119
Tejido conjuntivo (Una nueva función glandular de las células fijas del)..... 169
Teobromosa (La)..... 234
Terapéutica (Revista de)..... 9
Termocauterio (Un nuevo).... 271
Tiflocolitis mucomembranosas operadas erróneamente por apendicitis..... 464
Topografías médicas publicadas y escritas en España

(Apéndice al índice de autores de las)..... 212
Toracentesis (Aparato para la)..... 376
Tortícolis congénito..... 238
Tos convulsiva gripal.... 381, 428
Tricofitia tratada con los rayos Röntgen..... 239
Trofoneurosis facial (Un caso de)..... 181
Tuberculofobia (De la)..... 435
Tuberculosis cecal..... 273
— cubometatarsiana..... 468
— de los órganos génito-urinarios (Etiología y desarrollo de la)..... 353
— inflamatoria de forma neoplásica..... 303
— locales (Tratamiento de las)..... 5
— (Mortalidad por)... 33, 69, 110, 147, 192
— pulmonar en conejillos de Indias..... 438
— — (Pronóstico de la).. 275
— — (Un caso de)..... 259
— renal curada quirúrgicamente..... 157
— y púrpura hemorrágica. 354
Tuberculosos (Asistencia nacional á los)..... 137
Tumor cerebral..... 233
— quístico del cuello..... 389
— — del seno ileocecal.. 114
Tumores intracraneanos (Síntomas oculares en los)..... 75
Ulcera de la córnea por la quinina (Tratamiento de la)..... 338
Ulcera pépsica del yeyuno consecutiva á la gastroenterostomía..... 278
Ulceras de la pierna (Tratamiento de las)..... 80
Ureter derecho (Cálculo del).. 104
Vaciamiento mastoideo (Sobre el tratamiento post operatorio en el)..... 171
Vacuna (Acción leucocitaria de la)..... 256
— (Reflexiones acerca del envejecimiento glicerinado de la)..... 435
Vainilla (Intoxicaciones debidas á la crema de)..... 254
Varicela (Cicatrices de la).... 74
Vasos (Heridas de los)..... 318
Vegetaciones adenoideas (Diagnóstico y tratamiento de las)..... 474
Vejiga ectópica (Carcinoma de de la mucosa de una)..... 391
Vértebra cervical (Fractura y luxación de la segunda).... 112
Vino aromático como cicatrizante (Empleo del)..... 360
Virus del laboratorio y el de la calle en el tratamiento antirábico (Sobre él)..... 252
Vulva (Epitelioma de la)..... 307
Yodacetona (Tratamiento de los abscesos de la mama por la)..... 284
Yodo para sanear las aguas infectas (El)..... 423
— (Tratamiento de la fiebre tifoidea con la tintura de)..... 280

RELACIÓN DE LOS COLABORADORES QUE HAN PUBLICADO TRABAJOS EN EL PRESENTE TOMO

Antigüedad (D. Félix), Médico titular de Cespedosa (Salamanca).
Castillo (D. Luis), Interno de la Facultad de Medicina de Madrid.
Codina Castellví (D. José), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.
Fernández Sanz (D. Enrique), Médico de número, por oposicion, del Hospital de la Princesa.
García Mansilla (D. Sinforiano), Oculista del Hospital y Hospicio Provincial de Madrid.
Hauser (D. Ph.), Doctor en Medicina. Madrid.
Larrú (D. Julio), Alumno de la Facultad de Medicina de Madrid.
Morales y Moreno (D. José), Doctor en Medicina. Valladolid.
Peralta (D. Jerónimo), Médico del Cuerpo de Sanidad militar.
Pérez Noguera (D. Emilio), Médico del Cuerpo de Sanidad Militar.
Rodríguez Méndez (D. Rafael), Catedrático de la Facultad de Medicina de Barcelona.
Rueda (D. Francisco), Director de la Consulta otorinolaringológica del Hospital de la Princesa. Madrid.
Salas y Vaca (D. José), Médico, por oposicion, de la Beneficencia general.
Sarabia (D. Jesús), Profesor del Instituto Rubio. Madrid.
Toledo (D. Federico), Licenciado en Medicina y Cirugía. Madrid.
Valle (D. Rafael del), Médico, por oposición, del Hospital Provincial de Madrid.

GRABADOS PUBLICADOS EN ESTE TOMO

Gráfica de casos de fiebre tifoidea, página..... 132
Gráficas del pulso, páginas..... 162 y 166
Huellas del pié en un caso de latirismo, página..... 283
Piernas de un enfermo de latirismo, página..... 285

1906 cirugia praticas. 33816

~~659719~~ R71
R4
33816 v.70-71

UNIVERSITY OF CALIFORNIA LIBRARY